

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

POUR

No
54 -

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean BCBÉ

Médecin légiste de l'Université de Paris

Interne des Asiles de la Seine

Né à Montmédy (Meuse) le 7 Août 1905

LES COLONIES FAMILIALES
D'ALIÉNÉS

ASSISTANCE ET RÉGLEMENTATION

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933
—

THÈSE

No
—

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean BOBÉ

Médecin légiste de l'Université de Paris
Interne des Asiles de la Seine
Né à Montmédy (Meuse) le 7 Août 1905

LES COLONIES FAMILIALES
D'ALIÉNÉS

ASSISTANCE ET RÉGLEMENTATION

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marce LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ LENORMANT.
	{ CUNÉO.
	{ GRÉGOIRE.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	{ HOVELACQUE.
	{ MAUCLAIRE.
	{ MULON.
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI .. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimen-
 tale et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTNERER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N... ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER...	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé...		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma
profonde affection.*

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MON BEAU-FRÈRE LE DOCTEUR CHANÈS

Médecin-Chef de la Colonie Familiale de Dun-sur-Auron

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Professeur de clinique des maladies mentales

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire
le grand honneur de présider la
soutenance de cette thèse.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DANS LES ASILES DE LA SEINE

M. LE DOCTEUR X. ABÉLY

M. LE DOCTEUR DEMAY

M. LE DOCTEUR SENGÈS

M. LE DOCTEUR BEAUDOUIN

*Qui a bien voulu me conseiller
dans le choix du sujet de cette
thèse et m'éclairer de ses con-
seils.*

*En témoignage de ma pro-
fonde et respectueuse grati-
tude.*

M. LE DOCTEUR GOURIOU

A MES MAÎTRES DE L'INSTITUT
DE MÉDECINE LÉGALE

M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris
Professeur de Médecine Légale

M. LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIEDELIÈVRE

M. LE DOCTEUR DERVIEUX

M. LE DOCTEUR CEILLIER

M. KOHN-ABREST

Chef de Laboratoire de toxicologie à la Préfecture de Police

A M. LE DOCTEUR A. MARIE

Conseiller général de la Seine
Commandeur de la Légion d'Honneur
Médecin-Chef honoraire des Asiles de la Seine

A M. LE DOCTEUR PASTUREL

Médecin-Directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron

A MON AMI

M. LE DOCTEUR VIÉ

Médecin-Directeur de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château

PREMIÈRE PARTIE

L'ASSISTANCE FAMILIALE AUX ALIÉNÉS EN FRANCE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

En parcourant les étapes qui ont abouti à la création des colonies familiales françaises actuelles, chemin faisant, nous avons pris connaissance des origines de diverses institutions dont l'histoire est identique à celle des colonies familiales. Elles sont sorties des discussions suscitées par le placement familial, nous voulons parler des fermes-asiles, et des colonies agricoles. Nous rejetons entièrement l'étude de ces institutions du cadre de notre travail, pour nous attacher strictement à celle du placement familial. Ici encore il nous faut distinguer ; le placement familial comporte en effet deux modalités : *le*

placement homo-familial et le placement hétéro-familial. Ce dernier seul fera l'objet de notre étude.

Avant d'aborder notre sujet, nous nous permettrons une petite diversion. Il apparaît intéressant sinon nécessaire de brosser un tableau succinct de ce qu'a été l'assistance et le traitement des malades mentaux à travers les siècles.

La folie est vraisemblablement contemporaine des premiers âges de l'humanité ; il serait peut-être plus vrai de dire : des premières sociétés organisées.

La légende, l'histoire nous la montrent dans les premières civilisations connues.

Toutes les époques, toutes les sociétés ayant eu leurs aliénés, elles ont dû fixer sur eux une attention plus ou moins soutenue, pour se garantir de leurs atteintes ou pour les guérir.

Chaque époque imprimant à la folie son cachet particulier, au moyen âge on disait les fous ensorcelés, possédés, ils désignaient les auteurs de leur mal, se disaient eux-mêmes sorciers, possédés par un ou plusieurs démons ; on les crut sur parole et un traitement fut institué.

Les exorcismes, la prison, la torture et le bûcher, en firent tous les frais dans l'Europe chrétienne. Ceux contre lesquels la justice ne pensait pas à sévir, les plus tranquilles, erraient librement, abandonnés à la risée publique.

Quelques hommes supérieurs cependant, ne craignaient point de déclarer que les malheureux qu'on martyrisait par la question, qu'on jetait au bûcher,

n'étaient que des malades, de pauvres insensés qu'il fallait livrer au médecin et non au bourreau ; malheureusement leurs voix restèrent isolées, et ils ne furent ni entendus, ni compris.

Les mœurs s'adoucirent cependant, et si des bûchers se dressèrent encore dans le courant du ^{xvii}^e siècle, ils étaient du moins devenus plus rares et s'éteignirent enfin. Des membres éclairés du clergé s'étaient joints aux savants pour reconnaître que l'absurdité de ces coutumes en égalait la barbarie.

Ce furent des frères de l'Ordre religieux et militaire de la Merci, qui, sans cesse en relation avec les populations musulmanes, pour le rachat des prisonniers chrétiens, remarquèrent les institutions hospitalières spécialement destinées aux aliénés que l'Orient possédait depuis des siècles, et fondèrent en Espagne, à Valence, en 1409, le premier asile créé en Europe. Sous cette impulsion plusieurs autres établissements s'ouvrirent dans ce pays et jusqu'en Italie.

Que pouvaient être ces asiles ?

Plus d'un siècle après la fondation de ces premiers asiles, le fondateur de l'Ordre de Saint-Jean-de-Dieu, décrit le traitement qu'on y pratiquait. Pour s'éclairer il simula la folie et fut enfermé dans l'un de ces asiles : « Chaque jour, dit-il, on l'étend sur un banc, pieds et poings liés, et on le fustige sur la chair nue à coups de fouets tordu de corde ; on le relève ensuite et on l'enferme tout sanglant dans une loge isolée, pour recommencer le lendemain ».

Ce ne fut en France, qu'au commencement du ^{xvii}^e siècle et après les chaleureuses prédications de Saint Vincent de Paul sur la charité, qu'un mouvement s'accrut dans l'opinion publique en faveur des aliénés. Les hôpitaux commencèrent à ouvrir leurs portes, des couvents plus nombreux s'empresèrent d'imiter les quelques ordres religieux qui les premiers étaient entrés dans cette voie ; des communes, des congrégations fondèrent même quelques établissements.

Ce ne fut qu'à la date du 7 septembre 1660, que par arrêt du Parlement de Paris, il fut décidé que tous les fous seraient reçus à l'Hôtel-Dieu et y seraient traités, et qu'en même temps l'Hôpital général « serait pourvu d'un lieu pour le renfermement des fous et folles qui sont audit hôpital ». *C'est la première mesure ayant un caractère législatif qu'on retrouve.*

Mais toutes ces faibles mesures n'améliorent pas beaucoup le sort des aliénés.

En 1789, au moment où l'Assemblée Constituante commença ses travaux, la condition des aliénés était toujours si déplorable, qu'un comité nommé par cette assemblée constata avec douleur l'insuffisance des secours et que son rapporteur, le Duc de La Rochefoucauld-Liancourt, disait en dépeignant Bicêtre : « La folie est considérée ici comme incurable, les fous ne reçoivent aucun traitement ; ceux qui sont réputés dangereux sont enchaînés comme des bêtes féroces ; il en est de même à la Salpêtrière ».

Ce fut *Pinel* qui, en 1792, étant alors médecin de Bicêtre, profita de sa situation pour faire disparaître les chaînes, les cachots, tous les mauvais traitements ; donna partout de l'air, de la lumière ; créa des promenades, des ateliers de travail ; institua un bon régime alimentaire, et eut la satisfaction de voir des infortunés déclarés incurables, furieux, enchaînés depuis des années, revenir à la santé et à la raison.

La grande gloire de *Pinel* fut d'avoir su mettre en pratique ce qui jusqu'à lui, n'avait été que théories et sentiments platoniques. En effet, avant lui, *Daquin* en Savoie avait le premier fait appel à tous les cœurs généreux pour provoquer le changement de système en usage envers les aliénés. Peu après, un médecin écossais, *Cullen*, avait aussi indiqué une meilleure direction à donner aux soins qu'ils réclamaient.

Cet immense progrès fut accueilli dans tout le monde civilisé avec un grand enthousiasme ; mais s'il prit immédiatement, sur quelques points privilégiés, la place des vieux errements, il fut bien longtemps à se généraliser ; les moyens manquaient et on ne savait à qui incombait l'obligation d'y pourvoir.

L'année 1792, Pinel, en faisant tomber les fers inaugura la première grande époque de réforme du traitement des aliénés en France. Mais ce bouleversement laissa après lui un certain désarroi. Que faire des aliénés, dans quelles conditions les hospitaliser ? Alors ce fut une période d'élaboration pendant la-

quelle on chercha et on commença à construire des locaux. Des anciens couvents furent affectés à ces nouveaux besoins, on ouvrit des quartiers d'hospice, on construisit quelques rares asiles, en province. La nécessité d'une législation propre aux aliénés, apparut.

La seconde grande époque de réforme du traitement des aliénés en France fut celle de la loi du 30 juin 1838, due en grande partie aux efforts d'Esquirol et de Ferrus, qui fondent les asiles.

Pour ceux qui ont vu les loges et les chaînes d'autrefois, l'amélioration est immense. Mais bientôt elle ne suffit plus et la séquestration est l'objet de violentes attaques.

Beaucoup d'esprits ne sont pas satisfaits par la séquestration en masse, un certain nombre d'aliénistes orientent l'objet de leur étude, vers un système d'assistance qui existe en Belgique, et qui a déjà été signalé par Esquirol : *le placement familial des aliénés à Gheel.*

Esquirol, en effet, fut le premier qui, en France, se rendit à Gheel pour y étudier le régime des aliénés : le 29 août 1821. Il en ramena une impression assez favorable, il constata que le système avait du bon et proposa même une amélioration « la construction d'un asile où seraient reçus les aliénés qui, par leur agitation, leur violence, leur saleté, sont les plus exposés aux mauvais traitements de leurs hôtes ; tandis qu'on laisserait chez les particuliers les aliénés paisibles et propres ».

Gheel est une petite ville de la province d'Anvers, située au milieu de la Campine flamande, dont la population est en grande majorité agricole.

De quelle manière l'usage de soigner les aliénés s'est-il introduit et établi à Gheel ? Pour pouvoir répondre à cette question, il faut se reporter à la légende.

Vers la fin du vi^e siècle, la fille d'un roi irlandais, Dymphne, vint se réfugier avec son confesseur à Gheel, pour se soustraire aux obsessions de son père, qui voulait contracter avec elle une union incestueuse. Le roi parvint à découvrir la retraite des fugitifs ; ses soldats assassinèrent le vieux prêtre et lui-même décapita sa fille.

Bientôt de nombreux pèlerins vinrent prier à l'endroit où les deux martyrs avaient versé leur sang ; des guérisons miraculeuses furent obtenues par leur intercession.

Comment sainte Dymphne devint-elle la patronne spéciale des aliénés ? Les uns disent que ce titre revint naturellement à la vierge martyre qui eut le courage de résister à l'amour insensé de son père. D'après d'autres, un aliéné, témoin du supplice de sainte Dymphne, récupéra subitement la raison.

Malgré les obscurités de la légende, la mémoire de Sainte Dymphne a été fidèlement conservée à Gheel, où, dans le voisinage de l'Hôpital, existe une petite chapelle portant cette inscription : « *Le 30 mai de l'an 600, Dymphne fut décapitée en ce lieu par son propre père* ». Une église monumentale, construite il y a 500 ans, est consacrée à la dévotion de Sainte Dymphne, et le 15 mai de chaque année

la fête de la patronne des aliénés y est célébrée au milieu d'un grand concours de fidèles.

Gheel est donc, depuis des siècles, un pèlerinage très fréquenté, surtout par les malheureux dont l'intelligence est atteinte.

Arrivés à Gheel, les aliénés étaient logés dans une dépendance encore existante de l'église, la chambre des malades, peut-être parfois dans l'église même. Ils y restaient pendant neuf jours, assistaient à des cérémonies religieuses, à des prières destinées à obtenir leur guérison par l'intercession de la vierge martyre. Quelquefois les malades faisaient une seconde neuvaine à l'église.

S'ils n'avaient pas récupéré la raison à l'expiration du second terme, ils étaient confiés à une famille demeurant dans le voisinage de l'église et ils venaient tous les jours prendre part aux prières dites à l'intention des aliénés. Parfois, par exemple, quand il n'y avait pas de place dans l'église, déjà occupée par de nombreux malades, le placement dans une maison privée se faisait directement.

L'usage de concentrer les aliénés dans le voisinage de l'église de Sainte Dymphne, ou du moins de ne les placer que dans les limites du territoire dépendant de cette église, se maintint longtemps.

Par suite de l'augmentation du nombre de personnes placées à Gheel, peut-être aussi comme conséquence de la moindre importance attachée aux pratiques religieuses, les aliénés envahirent de proche en proche tous les hameaux de la commune. Cet

usage persista pendant des siècles, et les aliénés furent confiés directement à l'habitant.

Les malades ainsi placés n'étaient soumis à aucun règlement d'assistance. Il est curieux de noter que la situation des aliénés assistés de cette façon a été régularisée sous Napoléon en 1803, par une ordonnance du Préfet Français de la Dyle : M. de Pontécoulant, qui avait fait transférer les insensés de l'hospice de Bruxelles dans le village de Gheel, dans le département des Deux-Neythes, « où ils jouissent d'une liberté qui n'exclut pas les soins que leur état exige ».

Telle est l'origine de ce mode d'assistance qui a soulevé de nombreuses discussions au sein des sociétés savantes.

Pour les uns, défenseurs opiniâtres, Gheel est le prototype d'un nouveau système : il sert d'argument pour réagir contre le courant officiel, tout à l'internement en masse ; mais pour les autres, ennemis acharnés, ce système est détestable et irréalisable, ils le critiquent vivement.

Afin de montrer combien il a été pénible et difficile d'implanter et de vulgariser en France la question de l'assistance hétéro-familiale aux aliénés, nous nous étendrons assez longuement sur les rapports, les réunions et les congrès au cours desquels partisans et adversaires se sont affrontés.

C'est à Moreau de Tours, que revient l'honneur d'avoir été le premier défenseur en France de l'idée de la colonisation des aliénés. Il en a le premier dis-

cuté le principe et l'idée théorique : il a révélé Gheel aux aliénistes français.

En 1843, fort intéressé par ce « village de fous », il partit pour Gheel, d'où il adressa à Baillarger plusieurs lettres fort intéressantes.

« Jusqu'ici, écrit-il dans sa première lettre, Gheel est resté à peu près inconnu, c'est à peine si l'on en parle. On n'y attache aucune idée sérieuse : c'est, dit-on, quelque chose de bizarre, d'étrange, ce n'est rien de plus. Que si, après avoir visité la colonie, vous vous en montrez quelque peu partisan, si vous en faites l'éloge, on vous écoute avec surprise, et l'on serait tenté de croire que vous avez laissé une partie de votre bon sens au pays des fous d'où vous venez. »

Puis il se prononce ouvertement en faveur de la colonie : « Non pas que tout y soit pour le mieux, que toutes les exigences relatives à l'habitation, au traitement des malades, y soient satisfaites. Mais s'il s'y trouve des imperfections, des vices, il faut améliorer et non détruire ».

« Dans une colonie, comme à Gheel, les fous ne sont pas seulement élevés à la dignité de malades, selon la belle expression d'Esquirol, ils n'ont pas perdu tout à fait leur dignité d'êtres raisonnables ; car ils n'ont point rompu entièrement avec la société, à laquelle ils restent liés par tous les points de leur intelligence que le mal a respectés. Ils trouvent encore dans cette société des jouissances de plus d'une sorte. Leur horizon n'est pas borné par des murs infranchissables. Ils vivent au milieu d'hommes

raisonnables, prennent part à leurs travaux, partagent leurs distractions. Rien ne leur rappelle la triste dégradation qui pèse sur leurs facultés morales et qui, partout ailleurs, les eut fait mettre au ban de la société ».

« Le système de colonisation réalise, et au-delà, les idées théoriques les plus hardies émises par les hommes célèbres dont le nom fait autorité en thérapeutique mentale ».

Moreau de Tours souhaite de voir un tel système se développer en France, mais « l'établissement d'une pareille colonie ne pourrait s'exécuter qu'à la longue et avec l'aide du temps. Son développement serait nécessairement lent et insensible ».

Après des écrits si favorables et si encourageants, Moreau de Tours suscita la curiosité, et alors commencèrent ce qu'on pourrait appeler volontiers les pèlerinages de Gheel.

En 1846, Brierre de Boismont s'y rendit, mais il n'en rapporta pas le bel enthousiasme de Moreau de Tours. Tout en reconnaissant le bien-être de quelques malades, la satisfaction qu'ils éprouvent à vivre en famille, il fait la critique du système sur plusieurs points qui lui semblent essentiels : pas de traitement médical suffisamment intense, pas de bains, évacuations fréquentes, contre lesquelles on emploie les moyens de coercition pénibles (chaînes, colliers, entraves), surveillance insuffisante, incompétence des nourriciers pour les malades aigus. « Sans aucun doute, dit-il, l'air libre, le travail et la vie de famille,

sont d'excellentes conditions, mais il y a dans le traitement des formes aiguës de la folie une foule de cas où l'intervention constante du médecin, une direction éclairée, sont indispensables. C'est donc comme établissement d'incurables que Gheel pourrait être utilisé ».

Par le développement de la culture, des voies de communication, l'isolement de Gheel disparaît et cette fin de l'isolement serait pour lui une des raisons pour lesquelles Gheel est appelé à disparaître. « Dans mon opinion, le sort réservé à Gheel est une diminution considérable dans le nombre de ses pensionnaires, si ce n'est leur totale extinction. »

Puis vient une période de quelques années pendant laquelle le silence se fait sur la colonisation familiale. Lorsque à la séance de la Société Médico-Psychologique du *26 juin 1860*, la discussion reprend, à l'occasion du rapport de Brierre de Boismont, sur la candidature d'un médecin espagnol au titre de membre associé étranger. « Cette idée, dit Brierre de Boismont, contre laquelle je m'étais élevé autrefois, parce que je n'avais rencontré à Gheel que des aliénés sans direction médicale rigoureusement possible, sans infirmerie, sans surveillants instruits, sans règle de discipline, dont plusieurs traînaient encore leurs chaînes, quand ils ne les retrouvaient pas au logis ; cette idée vivement attaquée par le célèbre Guislain, a néanmoins rencontré des partisans, M. Moreau s'en est déclaré le champion ».

A cette réunion, Ferrus rejette absolument le sys-

tème de Gheel : « Je crois, pour moi, dit-il, qu'il est impossible de faire quelque chose d'aussi détestable. Pour les aliénés, traitement et liberté ne peuvent aller ensemble. C'est une institution très mauvaise sous le rapport médical et sous le rapport moral. Mieux vaut cent fois pour les aliénés une liberté restreinte, réfléchie, scientifique... Vouloir disperser les aliénés dans des colonies au milieu de la campagne, ce sont là des rêveries anglaises, de même que le non-restraint ».

La discussion reprend à la Société Médico-Psychologique le 30 juillet 1860. Moreau de Tours demande la parole pour répondre aux critiques présentées par Ferrus sur la colonie de Gheel. « Il y a une distinction à faire entre la question de principe et la question de fait. L'idée théorique a toutes mes sympathies, je fais mes réserves quant à la situation actuelle de Gheel... Il vaut mieux peut-être laisser les aliénés traîner leurs chaînes à l'air libre que de les laisser enfermés sans entraves dans un cabanon... Une chose me frappe, c'est que tous les médecins étrangers qui ont visité Gheel ont demandé qu'on essayât ce système dans leur pays. »

Ferrus n'est pas convaincu et continue à exposer ce que sont, pour lui, les inconvénients graves de la colonie. « Je me suis encore demandé si c'est une très bonne société pour les familles et les enfants que la compagnie des aliénés. L'aliéné se crée d'ailleurs dans la famille où il est placé des passions analogues à celles qui surgissent pour lui dans la sienne

propre. Je défie qu'on guérisse des aliénés dans ces conditions. Il faut une règle aux aliénés au point de vue de leur traitement ; en raison de leur irresponsabilité, il leur faut une discipline et une surveillance ».

Archambault fait observer qu'une colonisation n'est applicable qu'aux aliénés tranquilles et ravaillleurs. Alors pourquoi ne pas laisser ceux-là dans leurs villages, sous la surveillance du maire et du médecin.

Moreau de Tours et Ferrus continuent à échanger leurs arguments. A la fin de la discussion, ce dernier n'est plus aussi catégorique « je veux Gheel, dit-il, avec une liberté surveillée ».

En présence des vues aussi divergentes de Moreau de Tours et de Ferrus, Trélat président, propose de nommer pour cette question une commission d'étude.

MM. Michéa, Moreau, Mesnet, Falret et Ferrus, sont chargés de visiter Gheel et de faire un rapport à la Société sur l'état actuel de cette colonie.

A la réunion de la Société Médico-Psychologique du 30 décembre 1860, Jules Falret présente un rapport au nom de la commission de Gheel.

Ferrus ayant succombé dans l'intervalle, fut remplacé par Trélat et Baillarger.

Le fait le plus frappant qui émane de cet exposé c'est que Gheel a été jusqu'alors méconnu parce que non étudié avec suffisamment de soin. « Depuis 1841, dit-il, Gheel a été profondément remanié. Des ré-

formes ont été proposées dans un rapport de l'inspecteur général des établissements de bienfaisance belges, publié en 1842. La loi sur les aliénés en Belgique, promulguée le 18 juin 1850 et le règlement spécial de l'établissement de Gheel, daté du 1^{er} mai 1851, consacrèrent d'une manière définitive l'opportunité de ces réformes ; en substituant dans la direction de cette colonie l'autorité puissante du gouvernement central aux hésitations et aux tiraillements des autorités locales, ils devinrent le point de départ de toutes les améliorations qui furent réalisées depuis cette époque. Les deux points principaux de cette réforme sont l'organisation de l'administration centrale et du service médical... En étudiant avec impartialité la situation sur les aliénés dans la commune de Gheel, on arrive à se convaincre qu'on en a beaucoup exagéré les inconvénients, et que, surtout depuis les réformes qui ont eu lieu dans ces dernières années, les malades y sont, en général, dans de meilleures conditions qu'on ne l'imaginait a priori ».

A la suite du long rapport de Falret, les esprits sont moins hostiles au système, l'idée d'une colonie familiale en France prend corps.

Dans sa conclusion Falret discute sur ce que doit être la colonie par rapport à l'asile. « Il est un terrain neutre sur lequel les opinions les plus divergentes peuvent se rencontrer. Ce terrain neutre, c'est un système mixte dans lequel on admet que les deux moyens, loin de s'exclure, se complètent l'un par

l'autre ; que si la colonie, pour être réellement utile, ne peut se passer de l'asile, sous forme d'infirmérie, l'asile de son côté, se perfectionnerait en s'annexant une colonie. Quel est l'élément qui doit prédominer ? Faut-il comme à Gheel, faire de l'infirmérie, l'annexe de la colonie, ou bien, au contraire, ne vaudrait-il pas mieux faire de la colonie l'annexe et le complément naturel d'un asile bien organisé ? Ici renaissent les divergences et chacun peut alors, selon ses prédilections particulières faire prédominer à son gré l'un ou l'autre de ces deux éléments ».

« Le résultat pratique le plus important que l'on puisse tirer, selon nous, d'une visite à la colonie de Gheel, c'est la conviction générale que beaucoup d'aliénés chroniques sont susceptibles, sans danger, d'une plus grande liberté qu'on ne le suppose, même dans nos asiles les mieux organisés ».

A la suite de son rapport, Falret, soumet à l'examen de la Société plusieurs questions dont celles-ci entre autres :

Peut-on placer isolément certains aliénés, choisis par les médecins, dans des familles de bourgeois et de paysans, dans le voisinage et sous la surveillance des médecins des asiles ?

Peut-on tenter la création d'un nouveau Gheel, c'est-à-dire d'un village d'aliénés, avec une organisation centrale régulière, un service médical sérieux et une infirmérie annexée, mais avec cette réserve expresse de n'y placer que des malades chroniques et d'en exclure tous les aliénés en traitement, agités, ou

qui peuvent offrir un danger quelconque pour eux-mêmes ou pour la sécurité publique.

Brierre de Boismont, *le 24 février 1862*, à la Société Médico-Psychologique, présente un important mémoire, sur la colonisation appliquée au traitement des aliénés. « La colonie familiale sera, dit-il, difficilement réalisable en France. Il faudra dresser dans les campagnes, des habitants à ce genre de vie. Or cette tentative ne peut être que très limitée au début, très lente dans sa réalisation, et elle soulèvera d'ailleurs, l'inquiétude, l'effroi, l'opposition, la malveillance des voisins...

Bien des considérations sont à méditer et exigent de grandes précautions, si l'on voulait organiser un village sur le modèle de Gheel. D'un côté rien de prêt, tout à créer, une expérience douteuse à faire, des dangers à redouter ; de l'autre des asiles nombreux et bien tenus, où des milliers de malades sont humainement traités ; ne sont-ce pas là des motifs suffisants pour faire ajourner la création d'un nouveau Gheel en France ». Et en terminant « nous n'admettons actuellement la colonie qu'avec le voisinage de l'asile et la surveillance du médecin-directeur ».

Le 20 avril 1862, à la Société Médico-Psychologique, Moreau de Tours prend une part active dans une discussion sur la colonisation des aliénés. Il reste partisan très convaincu et enthousiaste de ce mode d'assistance. « Je persiste à croire que la création, en France, d'un établissement semblable

à celui de la Belgique, ne saurait rencontrer d'obstacles sérieux. Le principe des colonies renferme une idée de progrès, cela est à peu près généralement reconnu aujourd'hui. Nous avons confiance dans l'avenir. »

A la séance du 26 mai 1862, Billod prend parti contre la colonisation. Pour lui, les aliénés ne sont pas mieux qu'à l'asile, et d'autre part les aliénés inspirent une terreur ou tout au moins une appréhension qui ne permettraient pas de trouver des populations décidées à adopter une mesure qui semblerait devoir mettre en péril non seulement leurs personnes, mais surtout leurs propriétés. « En présence, dit-il, de cette double impossibilité d'appliquer le système de Gheel, il devient inutile d'en discuter le principe et d'en peser les inconvénients et les avantages ».

Il préconise le placement homo-familial pour les aliénés incurables, chroniques et inoffensifs. « L'exemple de Gheel ne me paraît pas devoir ni pouvoir être suivi et je ne pense pas que jamais, sous ce rapport, nous ayons la contrefaçon de la Belgique ».

Pour Moreau de Tours, il n'est pas impossible de créer une colonie, mais il faudrait agir doucement, prudemment. « Si l'on confiait à deux ou trois familles, un aliéné travailleur, un bon, qui leur donnât des bénéfices, les voisins en réclameraient à leur tour et l'on arriverait peu à peu à constituer une colonie ». Et poursuivant son idée, il va beaucoup plus loin « la tentative me paraît très réalisable, surtout si

l'on voulait se borner aux chroniques, et c'est là les trois quarts des aliénés ».

Pour Bierre de Boismont, il n'est pas prudent de laisser des personnes aliénées au milieu des villages ; et dans un article des *Annales Médico-Psychologiques* de *juillet 1862*, il reste le partisan convaincu des asiles fermés ou mieux encore des asiles agricoles, type Fitz-James ; il considère ce dernier système comme bien supérieur à la colonie familiale type Gheel.

Parchappe dans son discours d'inauguration de la statue d'Esquirol, *le 22 novembre 1862*, entre violemment en lutte contre l'idée de la colonisation familiale. Pour lui, rien n'est supérieur à l'asile, et si l'on veut placer l'aliéné dans une famille, ce doit être dans la sienne.

*
* *

Après ces quelques années pendant lesquelles fut souvent discutée la possibilité d'application en France du système de Gheel, le silence se fait à peu près complètement sur la question. Quelques analyses de travaux étrangers, quelques compte rendus de sociétés savantes étrangères et c'est tout.

En septembre 1864, se tient à Lyon le congrès médical de France. A l'occasion de l'étude par les congressistes des colonies agricoles et du placement homo-familial, quelques orateurs viennent donner leur opinion sur la colonisation, sur le placement hétéro-familial.

Motet présente un mémoire. Il émet une opinion très défavorable au placement homo ou hétéro-familial, qu'il considère même comme dangereux pour l'entourage du malade lui-même. Dans sa critique il montre de graves inconvénients : « Les difficultés, les impossibilités même sont laissées dans l'ombre. C'est à nous de le rappeler à ceux qui seraient tentés de les oublier ». Il base tous ses arguments sur ce fait que l'aliéné est un être dangereux en puissance.

Turck de Plombières est partisan du traitement de l'aliéné dans sa famille. « L'aliéné ne doit plus être un prisonnier qu'on s'empresse de séquestrer dans un asile où il restera le plus souvent jusqu'à sa mort, mais un malade qui, comme tel, doit être traité dans sa famille ».

Daniel Brunet, directeur de l'asile de Dijon, « n'a jamais cessé de faire des efforts auprès des familles pour qu'elles retirassent leurs parents atteints d'aliénation mentale quand elle était incurable et inoffensive. La plupart des aliénés dont la raison n'est pas complètement abolie, réclament chaque jour avec insistance leur liberté et je crois qu'il est du devoir de chacun de nous de faire droit à ces demandes, toutes les fois qu'il est convaincu que cette mise en liberté ne présente aucun danger ni pour la société, ni pour les malades eux-mêmes.

En quoi une simple faiblesse intellectuelle acquise ou congénitale sans surexcitation des instincts égoïstes, peut-elle offrir un danger pour la sécurité ?

Quelques idées de défiance ou d'orgueil exagéré, peuvent-elles suffire pour condamner à une séquestration perpétuelle les monomanes, alors qu'ils jouissent de hautes facultés mentales ? L'assistance familiale apportera une grande amélioration dans le mode de secours aux aliénés. Moins onéreux pour les départements, elle sera un véritable bienfait pour les malades qui ne cessent de déplorer la perte de leur liberté. L'asile est souvent un milieu défavorable au traitement de la folie, le contact habituel des aliénés est loin d'être sans inconvénients, et il peut être utile, lorsque la guérison se fait trop attendre d'essayer le retour à la vie de famille ».

Arthaud, médecin-chef de l'asile des aliénés de l'Antiquaille de Lyon, est adversaire du système de Gheel : « Gheel ne sera pas imité ; je regarde la chose comme impossible, du moins en France : les familles étrangères ne donnent presque jamais assez de garanties ». Son idéal serait l'asile avec colonie agricole annexée et en dépendance immédiate de l'asile.

Morel prend position en faveur du traitement de beaucoup d'aliénés dans leur famille. A son avis, un certain nombre pourrait être traité dans des familles étrangères : on peut tenter, dit-il, le placement familial en France.

Mais ce vœu de Morel, cet appel à la bonne volonté des aliénistes, ne fut pas suivi. A cette époque, personne n'eut l'audace de tenter l'installation d'une colonie familiale ; les arguments des meilleurs partisans ne furent pas assez forts pour convaincre les

adversaires. De toutes ces nombreuses discussions, dont nous venons d'exposer le contenu essentiel, aucune réalisation ne fut faite dans le sens de l'assistance familiale. Et cependant il serait injuste de considérer toutes ces polémiques comme absolument stériles, un nouveau mode d'assistance naquit d'elles. Pour élargir l'aliéné, pour sortir le malade de l'asile, un système intermédiaire fut réalisé, nous voulons citer ici, la création des fermes asiles et des colonies agricoles.

Contrairement à son habitude, la France restait fermée à la voie du progrès ; sa trop grande prudence la mettait en état d'infériorité vis-à-vis des nations voisines. Le baron Dr Mundy de Moravie, philanthrope dévoué à la cause des aliénés et défenseur acharné du système familial, parcourait l'Europe pour y répandre ses idées. Sous son impulsion, des essais intéressants et très encourageants sont faits à l'étranger, en Angleterre, en Ecosse et en Allemagne. En France, son influence, sans aller jusqu'à convaincre les esprits, se fait cependant sentir. L'Exposition internationale de Paris, de 1867, comporte un projet de colonie-village pour aliénés libres, qui lui est dû.

Tout espoir n'est pas perdu ; l'idée n'est pas abandonnée. En 1869, la baron Haussmann présente au Conseil Général de la Seine, un projet de colonie-village pour aliénés chroniques aux environs de Paris. Mais au moment où l'administration de la Préfecture de la Seine veut bien reprendre l'étude

de l'assistance familiale aux aliénés, la guerre de 1870 éclate et remet tout en question.

Le système des colonies familiales semblait tout à fait oublié, quand, *en 1884*, l'intérêt se porte de nouveau sur Gheel. Le rapport de Théophile Roussel, sénateur, présenté au nom de la commission du Sénat relative à la révision de la loi du 30 juin 1838 contient dans ses annexes des renseignements très complets sur la colonie de Gheel.

Un travail intéressant paraît sur le même sujet, le 1^{er} février 1885, dans la *Revue des Deux-Mondes*, sous la signature de Henri de Varigny. Nous citerons encore le rapport de Marcel Briand qui, ayant obtenu, à la fin de son internat, une bourse de voyage, fit des établissements belges et de Gheel en particulier, l'objet de sa mission.

En 1887, Féré, en faisant paraître un article sur « le patronage familial des aliénés », se révèle partisan de ce système.

Tous ces travaux ne peuvent convaincre la plupart des aliénistes français qui, au Congrès d'Assistance publique en 1889, conservent l'opinion que la colonie de Gheel est inimitable ; et ceci malgré qu'une seconde colonie se soit établie en Belgique, à Lierneux, en 1884.

Cependant, ces opinions pessimistes ne prévaudront pas. Le jour est proche, où *le département de la Seine va décider de tenter un essai de colonisation familiale, pour les aliénées femmes, à Dun-sur-Auron, dans le Cher*. C'est à *M. le D^r A. Marie* que revient l'honneur

d'en avoir été le réalisateur audacieux et clairvoyant. Nous verrons par la suite, que la création de cette œuvre a déjoué toutes les critiques, et que d'année en année elle n'a cessé de croître. Ce fut un succès; elle a marqué une étape dans le progrès de l'assistance aux aliénés.

*
* *

Avant de quitter l'étude historique de l'assistance familiale aux aliénés en général, et avant d'aborder l'histoire proprement dite de la création de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, nous ne voudrions pas laisser passer sous silence des essais de placement d'aliénés dans les familles, tentés en France avant 1892.

On lit, dans un rapport de Morel, qu'il y avait autrefois dans la Seine-Inférieure, à Saint-Aubin-les-Fous, un endroit où les hospices de Rouen envoyaient leurs malades.

A peu près à la même époque, vers 1860, Arthaud, médecin en chef de l'asile des aliénés de l'Antiquaille, à Lyon, et Morel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Yon, à Rouen, ont essayé, sans succès d'ailleurs, de renvoyer quelques malades chroniques dans leurs propres familles.

L'essai, qu'il est le plus intéressant de mentionner, a été tenté par le département des Vosges, dans des conditions spéciales. Ce département ne possède pas d'asile public, (un asile est actuellement en voie de

réalisation), et a dû, de tout temps, envoyer ses aliénés à l'asile de Maréville, près de Nancy. Le Conseil Général dès 1864, se plaignit des frais élevés qu'entraînait le placement des malades dans cet établissement et de l'absence de tout moyen de constater, après leur entrée à l'asile, la nécessité de les y maintenir. En vue de réduire les dépenses et à la suite d'une entente avec la Préfecture de la Meurthe, 30 aliénés non dangereux furent retirés de Maréville au mois de mars de l'année 1869 et placés soit chez des parents, soit chez des particuliers ; ces placements furent opérés par les soins de la commune où ils avaient conservé leur domicile de secours, et l'Administration préfectorale se borna à contribuer pécuniairement à leur entretien, au moyen d'une subvention annuelle variant de 75 à 200 francs, complétée par le Budget municipal lorsque les ressources de la commune le permettaient. En 1888, 30 aliénés furent encore retirés de Maréville et placés de la même manière. De plus, un certain nombre de malades, soumis à l'examen du médecin de l'hospice d'Epinal et reconnus inoffensifs, ainsi que quelques autres notoirement idiots ou imbéciles, mais non dangereux, furent l'objet de placements analogues, par les soins de leurs communes d'origine, qui reçurent dans ce but une subvention sur le budget départemental.

Ces placements se trouvaient disséminés sur toute l'étendue du territoire des Vosges, la surveillance en était confiée principalement à l'autorité communale.

Une enquête fut faite, en 1871, sur les résultats de la mesure adoptée et les conclusions de cette enquête furent favorables. Cependant, l'administration supérieure se montra hostile à ce mode de procéder, et au commencement de l'année 1891, le chiffre des aliénés placés chez des particuliers était réduit à 24.

Les malades ne furent pas renouvelés et on abandonna cette façon de faire.

Les malades avaient l'avantage de se trouver dans leur propre pays, près de leurs parents ou chez des personnes qui les connaissaient de longue date. En général, ils étaient bien traités, mais ils étaient privés des soins médicaux nécessaires à quelques-uns d'entre eux. — C'était là le grave inconvénient de ce système de placements éloignés de l'asile.

CHAPITRE II

DUN-SUR-AURON

Des deux colonies dont dispose le département de la Seine, celle de Dun-sur-Auron est de beaucoup la plus importante. *Elle est réservée aux aliénées femmes.*

Avant d'entreprendre l'étude de son fonctionnement à l'origine, de son développement, et enfin de son état actuel, nous rappellerons les circonstances qui présidèrent à sa naissance. A l'histoire de la colonie de Dun, est intimement lié le nom de *Monsieur le Docteur Marie, son premier Médecin-Directeur.*

La documentation nécessaire à ce nouveau mode d'assistance fut puisée, soit en Belgique, colonies de Gheel et de Lierneux, soit en Ecosse, colonies écossaises, système écossais.

En 1890, le Conseil Général de la Seine, frappé de l'encombrement des asiles de la Seine, sur un rapport de M. le Dr Deschamps rapporteur près de la 3^e commission, proposait un essai d'assistance familiale pour les chroniques. Le Dr Bouchereau guidant à Gheel, en 1889, une délégation de conseillers géné-

raux au Congrès d'Anvers, avait pu convaincre le rapporteur Dr Deschamps de la possibilité d'un essai semblable en France.

De retour en France, le Dr Bouchereau prépara un choix de cent malades femmes, étudiées avec un de ses internes le Dr Marie. En avril 1891, le Dr Marie, à la suite du concours de la médaille d'or des internes des asiles de la Seine, fit un voyage en Ecosse pour étudier le fonctionnement des colonies familiales créées, en 1860, à l'imitation de Gheel.

Leroux, directeur des affaires départementales, se consacra avec ses collaborateurs, Peletier et de la Moutte, au succès d'une innovation tendant à la mise en liberté surveillée des aliénés chroniques tranquilles de la Seine.

Des demandes d'essai d'assistance familiale furent faites à plusieurs départements. Le Cher, l'Allier, la Creuse et l'Orne furent l'objet d'un examen particulier. Le Cher sembla le plus propice, et le choix s'arrêta sur la localité de Dun, après un rapport de De la Moutte, directeur d'une commission chargée d'examiner les lieux. Les représentants de l'administration départementale furent reçus par le Maire, et le Député, M. Mauger, gendre du Maire, fit une conférence publique, à la suite de laquelle un grand nombre d'habitants s'inscrivirent comme candidats nourriciers.

Quelques temps après, le Dr Marie. renouvela la propagande, vérifia les installations offertes, et par un traité avec les hospices de Dun obtint d'y établir

le dépôt de passage des malades transférées de Paris par convois de huit.

En 1892, sur le rapport de E. Deschamps, conseiller général de la Seine, et sur l'inspiration du Dr Marie, le Conseil Général de la Seine décida d'envoyer à Dun-sur-Auron 100 malades, démentes séniles, pour être placées dans les familles de la localité, à titre d'essai.

Au mois de décembre 1892, un premier convoi arrivait à Dun et était réparti à raison de 2 ou 3 pensionnaires, dans quelques familles qui s'étaient offertes à soigner ces démentes.

Au moment où le principe de l'assistance familiale aux aliénés était adopté par le département de la Seine, la question des colonies d'aliénés fut mise à l'ordre du jour du Congrès des aliénistes, réuni à Blois en août 1892. On y trouve encore, non seulement des adversaires mais beaucoup d'esprits qui considèrent la chose comme parfaitement irréalisable.

Riu rapporteur concluait :

1^o A l'établissement de colonies agricoles annexées aux asiles toutes les fois que ce serait possible ;

2^o A l'adoption du système d'asiles médico-agricoles (agricoles à la périphérie) si les circonstances le permettaient lors de la création d'un asile nouveau.

Il ne fut question des colonies familiales que pour poser en principe leur impossibilité.



Choix du siège de la colonie

Avant d'exposer les raisons pour lesquelles la ville de Dun-sur-Auron fut choisie pour l'établissement d'une colonie familiale, nous ne croyons pas sans intérêt de rappeler le passé de cette localité si riche d'histoire, que nous empruntons à un travail de MM. Mauger et A. Marie.

Dun-sur-Auron, autrefois Dun, puis Dun-le-Roi, est une ville celtique des plus anciennes. Dès avant l'invasion romaine elle devait avoir une certaine importance. Toutefois cette cité a dû subir des changements si complets, qu'on ne retrouve plus les traces de son existence gallo-romaine, si ce n'est les vestiges d'une grande villa, en aval de Dun, à la Tourate.

Dun eut ses seigneurs particuliers : c'est ainsi que sous Henri I nous voyons Eudes de Dun. Arnould de Dun, en 1012, assiste à la restauration de l'Abbaye de Saint-Ambroix.

En 1100, Philippe I^{er} acheta à Eudes Arpin, alors vicomte de Bourges et Seigneur de Dun, le vicomté de Bourges et la Seigneurie de Dun pour 60.000 écus d'or.

Dun devient ainsi domaine royal. En 1175, Louis VII octroie une charte aux habitants de Dun.

Le 20 juillet 1183, au soir, eut lieu aux environs de Dun assiégé, un rude combat contre les Routiers, qui avaient envahi le Berry. Ils y furent en déroute et perdirent 7000 hommes.

En 1202, Philippe-Auguste fit réparer la maison forte de Dun et relever les murs du Château. On y construisit par

ses ordres une tour du modèle de la tour de Paris, que l'on couvrit de plomb, comme celle d'Issoudun, et dont on fortifia les abords par des palissades et des escarpements.

En 1236, Blanche de Castille ayant fait bâtir une halle à Issoudun, il en résulta un grave préjudice pour les pauvres de la Maison Dieu de Dun, qui possédait à Issoudun un local où elle faisait vendre du pain. Pour les dédommager, Blanche assigna aux pauvres de Dun un revenu de 10 livres tournois sur la halle d'Issoudun, à condition qu'on ne vendrait plus de pain dans leur maison.

En 1256, Guillaume de Charenton, soupçonné d'avoir des relations criminelles avec la femme d'Etienne du Bois, seigneur de Bois Siramé, son cousin, fut condamné par le roi à être enfermé dans la grosse tour de Dun.

Le 13 du mois de novembre 1285, un convoi ramena le corps de Philippe le Hardi, fils de saint Louis, décédé à Perpignan et s'arrêta à Dun.

Aux Etats Généraux, réunis en 1308, la ville de Dun envoya des députés pour statuer sur l'affaire des Templiers.

La seigneurie de Dun fut plusieurs fois aliénée du domaine de la Couronne. En 1322, les bourgeois sollicitèrent si vivement Charles-le-Bel de la réunir pour toujours à son domaine, qu'il accéda à leur demande moyennant 4000 livres parisis, dont ils crurent nécessaire d'appuyer leur requête. C'est pense-t-on à partir de cette époque que Dun prit le nom de Dun-le-Roi.

En 1319, Jean duc de Berry fit construire le clocher de l'église Saint-Etienne de Dun-le-Roi, qu'il paya à Jean d'As, 3000 écus. Ce clocher brûlé en 1560, au passage du duc des Deux-Ponts, fut rebâti en 1601 par les habitants tel qu'on le voit aujourd'hui.

En 1412, Charles VI et le duc de Bourgogne vinrent mettre le siège devant Dun-le-Roi, dont la garnison était dévouée aux Armagnacs. Composée de 400 hommes d'armes commandés par Henri d'Ast et un chevalier limousin Jean

d'Escorailles, la garnison tint tête à l'armée royale dont l'avant-garde seule comptait 1000 lances et ne se rendit qu'après 6 jours de siège, obtenant d'avoir vie sauve.

Sous Charles VII, Dun-le-Roi devint la possession du connétable de Richemont. Ce fut à cette époque, 1427, que Pierre de Giac, favori de Charles VII, secrètement favorable aux Anglais, fut arrêté à Issoudun, conduit à Dun-le-Roi, et enfermé dans le cachot qu'on y montre encore.

Par lettres patentes du 3 juillet 1438, Charles VII accorde aux habitants de Dun-le-Roi le droit de tenir leurs foires au dedans de la clôture de la ville.

En 1485, le 11 novembre, Charles VIII vint à Dun-le-Roi et y approuva les statuts des tisserands de Dun-le-Roi.

En décembre 1575, Charles IX part de Bourges le 19 pour venir coucher aux faubourgs de Dun-le-Roi, d'où il repart le 20.

C'est en 1585 que le collège actuellement occupé par l'école communale de garçons a été fondé en vertu d'une ordonnance royale de Henri III.

Le 2 février 1591, M. de la Châtre, poursuivi par les chefs royalistes, s'enferme dans Dun-le-Roi, d'où il sort le 5 février, à 7 heures du soir, pour se rendre à Bourges. Les royalistes ayant abandonné Dun-le-Roi, il put faire revenir son infanterie et ses canons.

En février 1593, La Chartre et le duc de Guise parviennent à faire lever le siège de Dun-le-Roi assiégé par les ligueurs. En reconnaissance de ce service, la ville de Bourges offrit au duc de Guise une somme de 1000 écus.

Dun-le-Roi et ses environs ont éprouvé les désastres de la Fronde et subi plusieurs sièges (1560-1562).

A partir de ces dates, l'histoire provinciale et locale semble éteinte pour ne renaître qu'en 1789.

Dun fut choisie à cause de sa situation géographique et économique, mais aussi à cause du

caractère particulier, des habitudes, des mœurs du pays.

La localité n'est guère différente de ce qu'elle était au moment de la fondation de la colonie. C'est une curieuse petite ville de 4.000 habitants environ, située sur un plateau calcaire dénudé, que bordent l'Auron et le canal du Berry. Dun conserve de nombreux vestiges de son passé, vieilles murailles, vieux remparts, vieilles portes, place du Châtelet flanquée de tourelles en ruine. Dominant la ville, un beau beffroi bien conservé, sous lequel une porte cintrée donne accès à une des rues les plus anciennes, où se trouvent encore des maisons du temps de la Renaissance et de Charles VII. Le reste de la vieille ville est fait d'une rue centrale assez commerçante, mais calme, de laquelle partent de nombreuses ruelles étroites, tortueuses, dallées de gros pavés arrondis, se terminant souvent en cul-de-sac, et dans lesquelles on rencontre de vieux puits.

Malgré cet aspect vieillot, il règne une grande propreté. De vastes places, plantées de vieux ormes et de marronniers, donnent à la ville un aspect à la fois rustique et coquet. Sur ces places bien ombragées, on trouve de nombreux bancs de pierre, massifs, où viennent se reposer et discourir les pensionnaires.

La fièvre, le tumulte de la vie moderne, ne viennent pas jusque-là. Ici, tout est calme et paisible. Le caractère doux et laborieux de la population contribue à créer cette atmosphère. Quelques rentiers ou bour-

geois, de petits commerçants, de modestes artisans, des mariniers et surtout des ouvriers agricoles, constituent cette population.

La plupart des habitants ont une maisonnette au milieu d'un petit lopin de terre qu'ils cultivent dans leurs moments de loisirs. A leur sobriété s'ajoute un souci de leur intérieur qui est en général bien tenu.

Toutes ces considérations étaient évidemment très favorables aux malades si spéciaux que sont les aliénés, et d'autre part venait s'ajouter un autre avantage en faveur du choix de l'emplacement de la colonie. Les habitants de Dun avaient vu disparaître tour à tour deux sources de revenus, d'abord l'exploitation des mines de fer des environs et ensuite la culture de la vigne ruinée par le phylloxéra.

Le pays était donc dans la pauvreté. Le placement des malades venait en modifier les conditions économiques. Ils avaient des chances d'être bien accueillis.

Enfin le climat de la région est un climat de plaine, modéré, sec et très salubre.

Toutes ces raisons ont contribué à faire choisir Dun pour l'emplacement d'une colonie familiale. Le choix fut parfait, il a répondu à toutes les espérances, nous le verrons par la suite.

Le principe de la colonisation accepté, le choix de l'emplacement déterminé, quel système d'assistance allait-on adopter ?

Des études faites par de nombreux auteurs, il résultait deux systèmes en présence : le système belge séculaire, le système de Gheel, qui consistait

à placer des malades directement chez l'habitant, sans passer par l'intermédiaire d'un asile ou d'un quartier d'observation. La sélection était absente, aigus et chroniques se trouvaient mélangés.

Dans le système écossais au contraire, les malades arrivent dans les colonies par transfèrement des asiles, après avoir été traités en premier lieu dans les hôpitaux d'aigus ; le placement familial est souvent le troisième stade d'une sélection répartie par échelons successifs dans plusieurs services fermés. Les malades qui bénéficient du séjour à la campagne et de la vie de famille sont des malades relativement tranquilles et affaiblis intellectuellement.

Très judicieusement, ce fut le système écossais qui fut adopté pour être appliqué à la colonie de Dun.



Débuts et développement

Dans ce paragraphe, nous ne pouvons faire mieux que de prendre pour guide un travail de M. le Dr Pasturel, actuel médecin-directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Nous verrons comment cet organisme nouveau si critiqué dans ses débuts, n'a jamais cessé de croître, de progresser, et que le succès a couronné l'effort et la ténacité de ses innovateurs.

Par Arrêté Ministériel du 5 octobre 1892, M. le Dr Marie fut appelé à prendre la direction de la

colonie en voie d'organisation. Il avait créé, il n'était que juste qu'il fût désigné pour être le premier témoin du succès de cette belle œuvre.

Après s'être rendu sur place et après de nombreux travaux préliminaires d'entente avec les autorités locales, de visites des locaux, *il ouvrit en fait la colonie le 17 décembre 1892*, en y recevant un premier transfert, qui fut suivi à bref délai de deux autres, le 22 et le 27 décembre, portant en tout sur 24 malades.

Dans les premiers temps, la tâche fut délicate et souvent ingrate. Si paisible et si malléable que fut la population, la venue de folles devait forcément provoquer une émotion facile à comprendre. Le Dr Marie fut secondé par M. Lesage, député à l'époque, qui employa toute son influence au succès de cette œuvre et par M. Mauger, aujourd'hui sénateur du Cher, qui lui prêta son concours le plus actif. La municipalité elle aussi, s'efforça d'aplanir les difficultés inévitables du début.

Les transferts se succédèrent, et la population aliénée de la colonie atteignit pour le premier trimestre de 1893, le chiffre de 73. Il y avait eu en réalité 82 transférées, mais comme on avait été obligé d'en réintégrer 9, le chiffre exact des malades présentes était de 73.

Un an environ après l'ouverture de la colonie, à la fin de l'année 1893, le nombre des malades transférées était de 108. Ainsi se trouvait réalisé le vœu du Conseil Général d'envoyer à Dun 100 malades la première année.

D'abord, l'âge des malades influa beaucoup sur le choix : on avait décidé de n'envoyer pour essai en colonie familiale que des pensionnaires de 50 ans et au-dessus. Petit à petit, comme la tentative avait été satisfaisante, que la population du pays vivait en bonne intelligence avec les malades, et que ces dernières paraissaient bien s'adapter à leur nouveau mode d'existence, non seulement on abaissa les conditions d'âge jusqu'à 45 ans, mais encore on étendit les placements aux déments vésaniques.

Le Conseil Général résolut de porter l'effectif budgétaire de la population de 100, chiffre primitivement fixé, à 200 pour l'année 1894, avec l'intention d'augmenter chaque année de 100, jusqu'à nouvel ordre.

Afin de ne pas compromettre le système du placement familial, et pour ne pas courir le risque de le voir avorter, les exigences de l'administration envers les nourriciers ne furent pas sévères.

La chambre était souvent commune avec les nourriciers, les lieux d'aisance primitifs ; mais l'on obtint assez facilement une literie convenable, avec pailleasse, couchette, quatre fois de la viande et un litre de vin par semaine, du café, du lait.

Un règlement spécial pour les nourriciers fut mis en vigueur à partir de 1896.

Voici, de ce règlement, les articles fondamentaux :

1^o Les pensionnaires ne peuvent être reçues que par les nourriciers qui ont obtenu leur inscription sur le registre

ouvert à cet effet à la mairie et qui satisfont aux conditions essentielles¹ : de moralité, de soin, de propreté, de nourriture et d'aérage des locaux spécialement affectés aux malades.

2^o Les nourriciers ne peuvent recevoir plus de trois malades, sans une autorisation spéciale.

3^o Chaque malade est placée sous la garde spéciale et la surveillance directe des nourriciers ; il ne peut être employé à son égard aucune espèce de mesure de coercition ou de contrainte.

4^o Un livret indiquant l'état-civil de la pensionnaire est remis aux nourriciers, ce livret est parafé lors de chaque visite par les personnes préposées à l'inspection telles que visiteurs, médecins, qui y inscrivent les prescriptions et recommandations particulières, ainsi que les appréciations relatives au service du nourricier.

5^o Sur le livret figurent les paiements ainsi que les livraisons de fournitures en nature.

6^o La nourriture des malades doit être saine et abondante, et en principe la même que celle de la famille où elles sont placées. Le régime alimentaire doit comprendre par semaine : au moins 3 kg. 500 de pain, un litre de vin, de la viande pendant 4 jours, pour un poids total d'un kilogramme, indépendamment des légumes, lait, beurre.

7^o Les chambres servant de logement doivent en règle générale avoir un cubage de 20 m³ par personne ; être bien aérées, munies de fenêtres, planchées ou dallées avec soin. Les murs et plafonds de préférence blanchis à la chaux tous les ans.

Les nourriciers qui n'exécuteraient pas les mesures d'assainissement prescrites par l'administration seront passibles de retenues destinées à payer les travaux exécutés d'office.

8^o Les objets qui doivent être mis à la disposition des malades sont : 1 lit à sommier ou à paillasse, avec matelas ou lit de plume, un traversin, des draps, 3 couvertures, une

descente de lit, un pot à eau, une cuvette, 2 sièges (fauteuil ou chaise) et un meuble pour ranger les vêtements.

9° Les nourriciers doivent veiller à l'entretien des effets de vêture et des objets des malades.

Ils reçoivent avec la personne qui leur est confiée le trousseau réglementaire.

10° Les pièces à changer sont examinées le premier lundi de chaque mois et reçues contre bons signés de l'administration.

Un double de chaque trousseau est constitué en réserve au vestiaire de la colonie pour assurer le change.

11° Les nourriciers sont responsables de leurs pensionnaires : en cas de disparition, ils doivent donner avis sans retard à la direction, de même qu'ils doivent signaler tout accident ou incident important les concernant.

12° Toute violence ou tout mauvais traitement exercé à l'égard d'un malade, est puni par le retrait immédiat de l'autorisation, sans préjudice, le cas échéant, des poursuites devant les tribunaux. De même tout nourricier qui enfreint les dispositions du règlement, qui refuse ou qui néglige de s'y conformer sera déclaré inapte à recevoir des malades.

13° Des primes et des récompenses sont accordées aux nourriciers qui se distinguent par les bons soins donnés à leurs pensionnaires.

14° Il est interdit aux nourriciers comme au personnel de recevoir directement des cadeaux ou rémunérations des malades ou de leurs familles.

15° Le médecin reçoit deux fois par semaine, le mardi et le samedi de 10 à 11 heures du matin et de 2 à 4 heures du soir, les nourriciers ou malades qui auraient des réclamations à présenter.

16° Les visites à domicile sont faites par les médecins et les visiteurs de placements une fois par semaine à chaque malade.

LE PERSONNEL du début était très réduit et comprenait :

1^o Un directeur-médecin.

2^o Un assistant élève en médecine chargé de coopérer à la surveillance, à la visite des placements, et en général de seconder le Médecin-Directeur dans toutes les parties du service médical.

Cet assistant ne vint qu'en novembre 1894.

3^o Un régisseur-comptable tenant tous les livres de comptabilité et dont en outre les principales attributions étaient d'encaisser les avances d'argent faites par la Trésorerie, d'effectuer les paiements aux fournisseurs, au personnel, aux nourriciers et aux malades (pécule-dépôt). Il était aussi chargé de la surveillance du vestiaire et des trousseaux ;

4^o Une infirmière dont la véritable appellation aurait été plutôt préposée qui avait la garde du vestiaire, la surveillance de l'atelier de couture, et qui faisait confectionner les trousseaux des malades ;

5^o Une infirmière suppléante chargée de la surveillance des malades de passage à l'infirmerie ainsi que de leur alimentation qu'elle leur préparait. Elle était assimilée à une nourricière au point de vue de la solde (prix de journée correspondant), elle assurait également le service de veille.

Ce personnel très réduit suffisait cependant en 1894 pour une population de 213 malades.

LES LOCAUX, également étaient modestes :

Ils se composaient :

1^o D'un immeuble à rez-de-chaussée et man-

sardes, qui porte aujourd'hui le nom d'infirmérie D., en l'honneur de E. Deschamps, un des promoteurs convaincus de l'assistance familiale.

Ce bâtiment servait d'infirmérie et pouvait recevoir 7 à 8 malades, depuis il a été agrandi, sa superficie a été doublée.

2^o D'une pièce qui servait de bureau administratif ;

3^o De 3 chambres, dont les deux chambres administratives actuelles, qui servent à recevoir les invités officiels de la colonie.

Les bains étaient installés dans un local du lavoir municipal. Le concessionnaire du lavoir les donnait moyennant une rétribution d'abord de 0,50 et ensuite de 0 fr. 20 par bain, et l'administration fournissait le matériel (chauffe-bains, baignoires, etc.).

Pour l'année 1894, une moyenne de 500 bains fut donnée ; ce qui représentait un peu plus de deux bains par personne et par an. Ce chiffre était manifestement insuffisant.

Le prix de journée total, y compris les frais généraux, (administration, soins médicaux, vêtue), fut pour 1894 de 1 fr. 60.

Le prix de journée payé aux nourriciers fut de 1 fr. 12.

Or le prix de journée moyen d'entretien des aliénés dans les asiles de la Seine était pour cette même année de 2 fr. 34, c'est-à-dire de 0 fr. 74 en plus que le prix de journée de la colonie de Dun, et cette dernière ne fonctionnait encore qu'avec un effectif de 200 malades.

Il était donc superflu de faire remarquer le résultat économique réalisé déjà à l'avantage du département par ce nouveau mode d'assistance.

LES PLACEMENTS au début étaient exclusivement urbains, c'est-à-dire répartis dans la ville de Dun même.

En 1895, l'annexe de *Bussy-Nizerolles* fut créée et 11 malades y furent placées. Cette annexe située au milieu des terres dans un endroit fourni d'arbres et de jardins avec enclos, convient on ne peut mieux aux placements familiaux.

En 1897, on décida de placer des malades à *Levet*, chef-lieu de canton distant de 15 kilomètres de Dun.

Levet est une localité de 900 habitants environ, coquette, traversée par la route qui va de Saint-Amand à Bourges. Les habitants sont surtout des terriens, ouvriers agricoles, quelques commerçants. Pas de cours d'eau, pas d'usine.

50 malades y furent placées, d'emblée.

En raison de la distance qui sépare Levet de Dun, un médecin assistant fut chargé tout spécialement du service médical de cette annexe et résida dans le pays.

Ce poste fut occupé à la date du 1^{er} janvier 1898.

* * *

Presque en même temps, le bourg d'*Ainay-le-Château* (*Allier*), 1.800 habitants, fut choisi pour recevoir des malades.

Cette annexe, dont l'accroissement fut rapide, à cause de sa population, et aussi à cause de son éloignement, 23 kilomètres du centre de la colonie, c'est-à-dire de Dun, fut constituée en colonie autonome le 1^{er} juin 1900.

A ce moment-là, Ainay comptait 33 pensionnaires, M. le Dr Lwoff fut le premier médecin-directeur de cette colonie.

*
* *

Devant les progrès incessants de l'assistance familiale, et devant le nombre toujours grandissant des transferts à la colonie de Dun, le Dr Marie dut faire appel à un collaborateur immédiat, appartenant au cadre des médecins des asiles.

Il demanda la création d'un poste de médecin-adjoint qui lui fut accordé. Ce fut le Dr Vigouroux, qui remplit le premier les fonctions, de juillet 1897 à juillet 1900.

*
* *

En novembre 1897, une petite pharmacie fut installée.

A la fin de l'année 1897, le nombre des malades présentes à la colonie et dans les annexes, était de 457, et le chiffre des malades traitées pendant l'année s'était élevée à 555.

Par suite, l'infirmerie D. devint insuffisante. En

1898, un 2^e local fut construit en face de la première infirmerie, pour remplir lui aussi le rôle d'infirmerie.

Il fut nommé I. R., ou infirmerie Félix Roussel, en l'honneur du conseiller général de la Seine qui, ainsi qu'Emile Deschamps, avait participé à la fondation de la colonie.

Cette infirmerie peut contenir environ 16 lits et en outre elle est dotée de deux chambres d'isolement.

En 1899, l'infirmerie D. fut agrandie, et un laboratoire y fut annexé.

Enfin en 1900, fut inauguré le pavillon Le Roux, qui se trouve situé au fond du parc et des jardins de la colonie.

Ce pavillon ne fut en réalité prêt à recevoir des malades qu'en 1902. Il est surtout destiné aux pensionnaires impotentes et dont l'état intellectuel trop affaibli s'oppose à leur maintien en placement chez des nourriciers.

En 1901, une salle d'autopsie fut aménagée.

En 1903, une buanderie avec salle de repassage et séchoir, fut installée près de l'amphithéâtre.

En 1906, le tout à l'égout et la création d'un champ d'épandage, à 1.500 mètres environ du siège de la colonie, vinrent réaliser le progrès hygiénique indispensable.

Enfin en 1913 furent ouvertes :

1^o Une salle de bains comprenant 8 baignoires et des appareils à douches, permettant de donner 80 bains en moyenne par semaine ;

2^o Une salle de réunion, où tous les dimanches, un

grand nombre de malades se réunissent pour faire de la musique, prendre une tasse de thé ou de tilleul.

Petit à petit donc, la colonie qui avait débuté avec une installation on ne peut plus modeste, se munissait de tous les organes essentiels à une vie propre et autonome.

Parallèlement les annexes de placements s'éten-
daient aussi. Après Bussy-Nizerolles, Levet, Ainay,
étaient venus en 1901, les centres de *Cilly-les-Che-
meaux*, en 1902 ceux d'*Osmercy* et d'*Ourouër-les
Bourdelins* avec 16 et 13 malades pour commencer.
Comme cette dernière annexe est distante de Dun
de 20 kilomètres, depuis 1907, un médecin assistant
y est attaché.

Enfin en 1920 et 1921 de petits noyaux de place-
ments se sont formés à *Lantan*, *Blet-Luceau* et *Cha-
livoy-Milon*.

Le maximum de la population totale de la colonie
et de ses annexes a été en décembre 1914, de 1.070.

Mais l'année qui a vu le plus de malades traitées,
c'est-à-dire le plus de mouvement, a été l'année 1931,
avec le chiffre de 1.275. 1.213 malades étaient présentes
le 24 mai 1932.

Les médecins-directeurs qui se sont succédés à la
colonie de Dun, ont tous contribué à consolider
l'œuvre de M. le Dr Marie. Ils ont toujours été se-
condé par l'administration préfectorale et tout par-
ticulièrement pendant ces dernières années, par
M. Paul Fleurot, le rapporteur de la colonie et
Conseiller Général du département de la Seine.

Chaque direction a réalisé un progrès nouveau, une amélioration sensible, et la colonie aujourd'hui marche pourrait-on dire à plein rendement.

*
* *

Voici la liste des médecins-directeurs et des médecins-chefs qui se sont succédés à la colonie de Dun depuis sa création jusqu'à l'époque actuelle :

Médecins-Directeurs

MM. les Docteurs
MARIE, Fondateur.
PÉCHARMAN.
TRUELLE.
RODIET.
PASTUREL.

Médecins-Chefs

MM. les Docteurs
AMELINE.
TRÉNEL.
CAPGRAS.
MASSELOU.
PRIVAT DE FORTUNIÉ.
MIGNARD.
DALMAS.
FOUQUET.
VINCHON.
LEYRITZ.
CHANÉS.

Organisation actuelle de la colonie

Son fonctionnement

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, la colonie de

Dun-sur Auron est principalement réservée aux malades femmes, mais on y compte cependant quelques malades hommes envoyés soit par l'asile agricole de Chezal-Benoît, soit par la colonie familiale d'Ainay-le-Château, soit par les asiles de la Seine, pour être employés aux travaux de jardinage, au service d'entretien intérieur, en général, pour venir en aide aux employés des services généraux, dans tous les travaux qui dépassent l'aptitude physique d'une femme, tels que cordonnerie, buanderie, etc...

Actuellement la colonie est en pleine prospérité ; sa population globale au 31 décembre 1931 était de 1.153 malades, dont 1.134 femmes et 19 hommes — et en mai 1932 de 1.213 malades.

Cette population d'aliénés n'est pas en totalité à Dun, dans la localité même, mais répartie entre Dun, *siège central*, et un certain nombre de villages et de hameaux qui en constituent *les annexes*, se trouvant jusqu'à une distance de 20 kilomètres du siège central. Il est une condition essentielle au bon fonctionnement d'une colonie qui doit conserver son caractère fondamental d'être « familiale », c'est que *la population du pays ne doit pas être submergée par les malades*, mais bien au contraire, les pensionnaires doivent être noyées dans la population normale, de façon à passer inaperçues à un œil non averti. Le grand avantage du système familial est de soustraire les malades à la vie commune des asiles, et par le contact avec une population saine d'esprit de les mettre le plus possible dans les conditions sociales

de la vie ordinaire ; cet avantage disparaît lorsque les pensionnaires deviennent trop nombreux dans une même localité, la population débordée, les tient à l'écart, ils deviennent isolés.

C'est pour éviter cet écueil, déjà signalé par M. le Dr Truelle, dans son rapport de 1902, que devant l'accroissement progressif des pensionnaires, des annexes ont été créées.

L'ensemble de la colonie comprend aujourd'hui :

Le siège central, situé à Dun même, avec son personnel, ses infirmeries, son pavillon, sa pharmacie, ses services généraux, ses placements au nombre de 268, avec 579 pensionnaires.

L'annexe d'Ourouër-les-Bourdelins, grosse localité de 1.500 habitants, située à 20 kilomètres de Dun, avec 45 placements et 104 malades.

L'annexe de Nizerolles, à environ 3 kilomètres de Dun, avec 29 placements et 83 malades.

L'annexe d'Osmery, commune de 600 habitants, à 9 kilomètres de Dun, comprenant 29 placements et 74 pensionnaires.

L'annexe de Cilly-les-Chemeaux, à 7 kilomètres de Dun, avec 27 placements et 66 pensionnaires.

L'annexe de Chalivoy, à 14 kilomètres de Dun, avec 25 placements et 64 malades.

Les annexes de Blet — Luceau — Charly, localités distantes de 7 à 10 kilomètres, avec la totalité de 11 placements et 24 malades.

Levet, chef-lieu de canton de 900 habitants, à

15 kilomètres de Dun, comprenant 12 placements et 27 pensionnaires.

L'annexe de *Lantan*, avec 8 placements et 24 malades.

Après cette vue d'ensemble sur ce qu'on pourrait appeler l'armature de la colonie, nous allons en étudier le fonctionnement, avec ses services administratifs et généraux, son service médical et la vie des malades eux-mêmes.

Le personnel, tant administratif que médical, fait partie du cadre du personnel de l'assistance départementale du département de la Seine, et comme tel, est nommé par le Préfet de la Seine. Ceci n'est pas tout à fait vrai pour le médecin-directeur et le médecin-chef, qui font partie du cadre des médecins des asiles départementaux, recrutés par voie de concours; ils sont nommés par le Ministre de l'Intérieur et par le Préfet de la Seine. Ils ne font pas partie du cadre des médecins des Asiles de la Seine.

Les médecins assistants sont nommés par le Préfet de la Seine, sur proposition du médecin-directeur.

Le personnel des services administratifs et généraux comprend :

Un directeur-médecin.

Un 1^{er} Commis principal.

Un commis aux écritures faisant fonction d'économe.

Un secrétaire de la direction.

Deux employés aux écritures hors cadre.

Deux commis aux écritures, dont un cadre latéral.

Deux préposés au vestiaire et à la lingerie.

Deux buandières dont une hors-cadre.

Deux jardiniers.

Une cuisinière.

Un cocher.

Un concierge hors-cadre.

Un ouvrier chauffeur électricien et un conducteur d'auto.

Nous n'étudierons pas les fonctions de ces divers agents, qui sont à quelque différence près les mêmes que celles des agents des asiles départementaux, question magistralement étudiée et traitée dans un ouvrage de MM. Raynier et Beaudouin, l'un Inspecteur général des services administratifs, l'autre médecin en chef des asiles de la Seine.

*
* * *

Les bureaux de la direction, de l'économat, sont situés au rez-de-chaussée d'un corps de bâtiments dont la façade s'étend le long d'une des rues principales du pays.

Les locaux des services généraux sont répartis au milieu des jardins de la colonie, soit isolément, soit installés dans le corps de bâtiment des infirmeries ou du pavillon.

On y rencontre, une lingerie avec atelier de couture, une cordonnerie, une buanderie, des écuries et remises, installées dans des bâtiments transformés à cet effet.

Un service de désinfection est installé auprès de la buanderie.

La cuisine est attenante au pavillon.

L'approvisionnement d'eau du pays se faisant au moyen de puits, la colonie a installé une petite usine des eaux, qui fournit en eau toute la colonie.

Le service des bains comprend : une salle d'attente, une salle de huit baignoires, divisées en cabines, closes sur les côtés, avec des rideaux sur le devant, une salle de douches à jet et en pluie, une cabine individuelle, une cabine pour bains médicamenteux ; le service fonctionne de la façon la plus satisfaisante. La moyenne réglementaire est de un bain par mois, mais le nombre n'en est pas limité et les pensionnaires peuvent en prendre à jours fixes, chaque fois qu'elles le désirent. Les bons de bains avec contrôle sont distribués par les surveillants lors de la visite des placements.

Un service de bains a été aussi prévu pour les malades placées dans les annexes les plus éloignées : Levet, Ourouër-les-Bourdelins et Osmercy, disposent d'installations de bains un peu rudimentaires, mais suffisantes pour la population aliénée. Le nombre des baignoires est de trois pour chacune de ces annexes. Des bains sont donnés à toutes les pensionnaires deux fois par mois à la belle saison, et une fois par mois l'hiver.

Les malades des annexes, qui ne possèdent pas d'installation de bains, sont amenées en voiture automobile à Dun, où elles sont baignées régulièrement.

Une bibliothèque pour les malades, comprenant un très grand nombre de volumes, est tenue par une

pensionnaire qui inscrit sur un registre spécial, les volumes prêtés à jours fixes aux différentes malades de la colonie.

Un atelier de reliure, dont le fonctionnement est assuré par un pensionnaire homme.

Enfin, une salle de réunion, salle des fêtes, a été édiflée à l'entrée de la colonie. Là, les malades se réunissent le dimanche et jours fériés, pour y écouter le phonographe, le piano, pour y danser, et y recevoir des boissons, thé, sirops, et des douceurs telles que bonbons, gâteaux. Elles assistent régulièrement en ville à des représentations cinématographiques gratuites. Une nouvelle salle de réunion sera incessamment ouverte à l'annexe d'Ourouër-les-Bourdelins, et les malades des infirmeries et du pavillon, auront bientôt une installation de T. S. F.

*
* *

Dans l'exposé du fonctionnement de la colonie, nous avons été bref sur les services administratifs et généraux, néanmoins nous nous sommes suffisamment étendus pour donner un aperçu de ce qu'ils sont. Par contre, nous allons nous attarder sur le service médical et son rôle, sur les conditions dans lesquelles se trouvent les malades.

Il est en premier lieu nécessaire, de donner une énumération succincte du personnel médical, supérieur et secondaire, et des locaux dont ils disposent.

Le personnel médical comprend :

Un médecin-directeur.

Un médecin en chef.

Trois médecins assistants.

Huit visiteurs de placements, dont un hors-cadre et 5 titulaires, les autres touchant de simples indemnités.

Deux surveillantes diplômées.

Deux suppléantes « »

16 infirmières dont 10 diplômées.

Les nourricières, auxiliaires du médecin, qui sont la condition même de l'existence de la colonie.

Les locaux et les moyens de travail dont disposent les médecins sont :

Deux infirmeries R et D.

Le pavillon Henri Le Roux.

Une salle d'opérations, dans laquelle sont exécutées les interventions d'urgence, a été aménagée dans l'infirmerie D.

Un laboratoire, situé non loin du pavillon, permet de faire les examens indispensables (Urines, crachats, sang liquide céphalo-rachidien).

A ce laboratoire est annexée une salle d'autopsie, pourvue de l'outillage habituel.

Une bibliothèque médicale.

Une pharmacie.

Les placements.

Le médecin-directeur, le médecin en chef et les trois assistants se partagent le service médical, secondés par les visiteurs de placements et les infirmières.

Le médecin-directeur, le médecin en chef et deux médecins assistants, résident au centre de la colonie.

L'autre médecin assistant, réside à Ourouer-les-Bourdelins, annexe la plus importante et la plus éloignée de Dun. Sous le contrôle du médecin directeur, il est chargé de la visite, de la surveillance des placements. Il a, à sa disposition, une infirmerie de six lits, où peuvent être admises les malades atteintes d'affections intercurrentes. Il est assisté d'un visiteur de placements.

Dans les autres annexes, où il n'y a pas de médecin, un nourricier ou une nourricière choisie spécialement, remplissent le même office. Tous les dix jours, l'assistant des Bourdelins, les visiteurs de placements des autres annexes, adressent à la direction, un rapport détaillé et circonstancié sur l'état des malades confiées à leur soins, sur la nourriture quotidienne des malades chez les différents nourriciers, sur les incidents qui auraient pu se produire et sur le mouvement général. De plus, chaque annexe est reliée à Dun par une installation téléphonique, qui permet de prévenir la direction de la colonie de tout accident ou événement grave.

Ce service de surveillance dans les annexes exige, de la part du personnel qui en est chargé, et qui vit en contact fréquent, non seulement avec les pensionnaires, mais aussi avec la population, des qualités de tact, de prudence, de modération et surtout de fermeté.

A Dun, où les placements sont nombreux, 268, pour faciliter le travail, ils ont été divisés en 11 secteurs, que se partagent les médecins résidants.

Le médecin en chef, secondé d'un des assistants assure également le service des infirmeries.

Le médecin-directeur, qui a la surveillance et la direction générale de la colonie et de ses annexes, visite plus particulièrement ces dernières et assure en outre le service du pavillon.

Enfin, un des assistants est chargé tout spécialement du service de la pharmacie, et un second, des examens courants de laboratoire.

Pour les cas urgents de toutes sortes, un service de garde au centre de la colonie, fonctionne régulièrement. Il est assuré par un médecin-assistant et par un surveillant visiteur.

Le docteur Lwoff, dans une formule heureuse, a synthétisé ce qu'est la vie des malades à la colonie familiale « *Vie libre avec surveillance médicale active et continue* ». Le médecin a ici la rôle principal.

La fréquence des visites médicales, outre celles des surveillants, est une condition indispensable du bien être des malades. La tournée dans un secteur est faite chaque matin par un médecin accompagné d'un surveillant. Chaque tournée permet de contrôler vingt à trente placements. Le passage du médecin ou du surveillant est noté sur le *carnet spécial du nourricier*, soit par la signature médicale, soit avec un timbre dateur journalier. Le surveillant-visiteur de placements, quand il est seul, note sur son carnet personnel, tout ce qu'il a constaté chez le nourricier, ses observations sur l'état mental des malades, leur tenue, leurs occupations, leurs demandes.

Il vérifie soigneusement l'entretien du trousseau et l'état de la literie. Il interroge les pensionnaires, tout spécialement sur leur alimentation, qu'il vérifie fréquemment à l'heure des repas. Ses observations provoquent de la part du médecin, des visites supplémentaires et inopinées, dans les placements douteux.

Les visites sont réglées de façon que *le médecin puisse voir tous les placements une fois par semaine*. Au cours de ces visites, le médecin examine les malades, les ausculte, et les observe au point de vue psychiatrique. Les médicaments ordonnés, sont pris à la pharmacie de la colonie, soit par la malade elle-même, soit le plus souvent par la nourricière. Mais l'attention du médecin doit porter essentiellement sur *la capacité d'adaptation sociale des malades*, sur les possibilités de réaction anti-sociale, qu'il doit pouvoir prévenir dans la mesure du possible, afin d'éviter tout incident, tout choc, entre la malade, le nourricier et la population. Cette capacité du médecin, est conditionnée par une connaissance approfondie de ses malades. Le nombre des malades, leur dispersion, n'est pas faite pour lui rendre la besogne aisée ; il n'acquiert cette aptitude que par un travail incessant, et comme nous le disions plus haut, par des visites nombreuses et fréquentes de ses malades.

Là, ne se borne pas son rôle. Les visites des placements sont pour lui, l'occasion de donner aux familles des nourriciers, des notions d'hygiène, de

soins à donner aux malades, aux aliénés en particulier. Il faut leur apprendre la façon de nettoyer une chambre, de l'aérer, de faire un lit, ranger un trousseau, préparer certains aliments. Il faut leur apprendre à parler aux malades spéciaux qu'ils soignent, leur montrer l'inutilité de la discussion, et les encourager à supporter avec patience les délires les plus fantastiques de leurs pensionnaires et tout cela avec recommandation essentielle de prévenir le médecin au moindre incident.

Ce rôle d'*éducateur des nourricières*, les médecins le poursuivent en hiver, *par une série de conférences*, qui sont habituellement suivies avec beaucoup d'assiduité et d'intérêt.

C'est ainsi que peu à peu leur éducation s'est développée, et qu'un certain nombre d'entre elles, habituées depuis leur enfance de voir dans leur famille des malades partager leur vie, peuvent être considérées comme d'excellentes auxiliaires du médecin, de véritables infirmières.

Enfin le médecin, avec toute son autorité, doit encore veiller à ce que les pensionnaires ne soient pas l'objet dans les familles d'une exploitation sous aucune forme, car il est bien entendu que si les nourriciers prennent des pensionnaires, c'est pour en retirer un bénéfice ; il ne faut pas perdre de vue que la colonie reste un mode de traitement des aliénés et non pas seulement un moyen économique de les assister.

Le rôle du médecin de la colonie familiale est très

différent de celui du médecin d'asile. Bien choisir les malades, les associer entre eux, les associer aussi avec les nourriciers, instruire ceux-ci autant dans l'intérêt de leurs pensionnaires que dans leur propre intérêt, tout le fonctionnement de la colonie est dans ces détails. Fermeté, patience et tact, telles sont les qualités indispensables pour en imposer à l'aliéné et obtenir des paysans et des ouvriers auxquels on confie des malades, l'assistance physique et morale nécessaire à son état.

Sa satisfaction est d'ignorer les verrous, les clés, les cellules, les moyens de contrainte ; il domine ses malades par sa seule volonté et l'influence morale qu'il peut prendre sur eux. Il ne doit compter que sur lui-même, pour maintenir chez ses malades le calme relatif que leur assure la liberté.

Le médecin doit maintenir son influence morale par un contact incessant avec les malades. Pour n'avoir pas tout de suite trouvé le médecin, qui par quelques minutes d'entretien, rétablit momentanément l'équilibre, il est arrivé que certaines malades ont réagi violemment, ou fait des tentatives d'évasion. Il faut que les malades sentent un protecteur dans le médecin, puissent à tout moment lui expliquer leurs désirs, leurs besoins et faire leurs réclamations. Au cours de ses visites régulières dans les placements, le médecin les engage à venir lui exposer leurs plaintes, ou lui faire part de leurs inquiétudes, le matin à l'heure habituelle de la visite médicale des infirmeries. Là elles peuvent voir le médecin seul,

et se confier à lui, sans craindre l'indiscrétion des nourriciers et des voisins.

* * *

Tel est le rôle du médecin de colonie familiale. Nous allons voir maintenant dans quelles conditions se trouvent les malades, quelle est leur vie dans les placements, et leurs rapports avec les nourriciers.

Les malades arrivent à la colonie par transferts venant directement des Asiles de la Seine ou encore des asiles de province hospitalisant des malades au compte du département de la Seine.

Chaque transfert est composé d'une vingtaine de malades. Il ne faut pas que le nombre en soit trop élevé, car il nécessite beaucoup de places disponibles dans les locaux du siège central et des dépenses inutiles pendant quelques jours.

A leur arrivée les malades fatiguées par le voyage, sont soumises à un examen rapide et mises en observation dans les infirmeries et au pavillon.

Le lendemain elles sont photographiées et leur photographie est jointe à l'observation. Les médecins examinent leur état physique et mental et désignent celles qui doivent être placées à la ville ou à la campagne, chez tel nourricier de préférence à tel autre, ou bien ils jugent s'il n'y a pas lieu de prolonger l'observation à l'infirmerie. En fait de placement familial, il faut s'occuper non seulement de ce que l'état mental de la malade peut avoir de

pathologique, mais encore de son caractère, de son tempérament, de son éducation première, du milieu dans lequel elle a vécu avant son internement, de son ancienne profession, en un mot de sa situation sociale, et si possible de son degré d'adaptabilité sociale.

Une malade, par exemple, qui a été domestique de ferme, sera désignée pour un placement à la campagne, dans un hameau où tous les nourriciers exploitent du terrain autour de leur maison et élèvent du bétail. Ces malades s'adaptent en général très vite en se trouvant dans une ambiance qui leur a été familière autrefois.

Par contre, les malades qui ont vécu à la ville, sont désignées de préférence pour les placements urbains, où le logement est plus coquet, où les manières des nourriciers sont un peu plus raffinées et où elles sont susceptibles de trouver une occupation conforme à leur goût et à leur aptitude.

Pour que, dans le même placement, *où elles sont habituellement deux ou trois*, les malades vivent en bonne intelligence, il faut autant que possible grouper les personnes ayant les mêmes réactions.

Quelques pensionnaires se rendent d'elles-mêmes compte de ces affinités et demandent de cohabiter avec telles de leurs compagnes avec qui elles peuvent faire bon ménage.

Souvent deux malades venant du même asile demandent à être ensemble ; ce désir est satisfait toujours lorsque c'est possible. Elles s'aident ainsi à s'acclimater l'une l'autre.

En règle générale, il faut *placer les malades le plus rapidement possible*, de façon qu'elles n'aient pas le temps de s'habituer au régime, soit des infirmeries, soit du pavillon.

Les démentes chroniques calmes, sont de beaucoup les plus faciles à placer et celles qui s'adaptent le plus vite au système familial. Mais encore faut-il qu'elles soient surveillées jusqu'au jour où elles sont capables de reconnaître leur chemin, sinon elles marchent devant elles et s'égarant.

Pour les placements éloignés et isolés, on choisit de préférence des malades peu sociables et difficiles, de façon à éviter les causes d'excitation, plus fréquentes dans les agglomérations. En résumé, le bien être des malades, leur existence heureuse, dépendra du choix des nourriciers auxquels elles seront confiées. Ce choix n'est pas toujours aisé ; il est soumis à de nombreux facteurs. En plus de la connaissance du caractère de la malade, de son délire, de son aptitude à la sociabilité, il faut consulter ses goûts ; préfère-t-elle une solitude relative, ou bien la vie dans une famille nombreuse ? Aime-t-elle les enfants ? Aime-t-elle une chambre élégante et ornée, au rez-de-chaussée ou au premier étage ? Préfère-t-elle le centre de la ville, les faubourgs ou la campagne ? S'entendra-t-elle avec une compagne ? Sera-t-elle indifférente aux opinions politiques ou religieuses de ses nourriciers ? D'autre part, le nourricier lui-même, présente des qualités et des défauts, des préférences et des répulsions. S'il y a

incompatibilité d'humeur, des discussions et des disputes éclatent, la malade demande bien vite son changement. *Le bon placement est celui qui assure à l'assistée le maximum de bien être et les satisfactions morales de nature à améliorer son état.*

Le médecin doit résoudre toutes ces questions dans l'intérêt de l'aliéné qu'il confie à une famille. Il doit connaître les conditions d'existence de plusieurs centaines de nourriciers auxquels sont confiés les malades. Pour chaque placement, il connaîtra les dispositions des chambres, la composition de la famille, le genre d'occupation, le caractère des différents membres de cette famille, et surtout le caractère de la nourricière, avec ses qualités et ses défauts. Toutes ces considérations sont importantes pour la malade, qui suivant son délire, ses opinions religieuses, s'adaptera plus ou moins aisément à son nouveau milieu. L'une veut quitter son placement parce que « les enfants ne sont pas bien élevés », une autre, parce que « on la tient à l'écart, parce qu'on est trop familier avec elle », etc.

Toutes ces conditions ne sont pas toujours faciles à réaliser dès le premier essai.

Si pour une cause ou pour une autre la malade ne s'habitue pas à sa nouvelle vie, elle veut changer de logement et de famille. D'ordinaire, après quelque temps passé à la colonie, toutes celles qui sont sociables et aptes à vivre en famille, ont trouvé la maison, la nourricière et la compagne de leur choix.

Si la malade passe trois mois sans incident chez

la nourricière, il est probable qu'elle restera assez longtemps en placement familial, son adaptation sera faite. On l'observera attentivement en vue de la possibilité d'une sortie. Celles qui les premiers jours paraissent s'adapter le plus vite, ne sont pas celles quelquefois qui sont les plus stables. D'autres enfin, après plusieurs essais infructueux, font preuve de leur inadaptabilité. *Elles sont réintégrées dans un asile fermé.*

Les conditions de la vie pour chaque malade, dépendent de plusieurs éléments : le nourricier, sa famille, sa maison, puis la chambre, la nourriture, le bien être, et enfin la ou les compagnes.

Un règlement, dont nous avons déjà indiqué les articles principaux, précise aux nourriciers quels sont ses devoirs envers ses pensionnaires. *Chaque nourricier est muni d'un livret* indiquant l'état civil de ses pensionnaires ; ce livret est parafé lors de chacune des visites, par le médecin, qui y inscrit les prescriptions et recommandations spéciales et ses appréciations sur les services du nourricier.

Les nourriciers, ou plutôt les nourricières, car ce sont surtout les femmes qui s'occupent des pensionnaires, sont en général de braves gens, dévoués et capables d'attachement à leurs malades. Comme le disait M. le Dr Marie, on observe chaque jour « le tact et la délicatesse de certaines paysannes, désireuses d'éviter le moindre froissement à une aliénée défiant et ombrageuse ».

Si le type de la bonne nourricière est fréquent,

on en trouve aussi de mauvaises, femmes maladroites et stupides, qui irritent les malades en discutant avec elles, et en essayant de les convaincre de l'absurdité de leur délire. D'autres encore, accordent la plus absolue confiance aux idées de leurs pensionnaires et croient à la réalité de leurs hallucinations. D'autres enfin n'ont qu'un seul but, réaliser le plus de bénéfices possibles sur la nourriture et le bien être de leurs pensionnaires. Sans aucun souci du règlement, elles réduisent les repas à l'offre d'une salade et d'un morceau de fromage. L'hiver, elles ne chauffent pas la chambre pour économiser le bois et le charbon, ou bien ne lavent pas le linge pour économiser du savon, etc... C'est à propos de ces mauvaises nourricières, qu'on peut dire avec M. le Dr. Truelle « qu'avant d'être les auxiliaires du médecin, elles sont les ennemies du malade ».

Ces cas sont heureusement fort rares, mais quand ils se produisent, voici comment il est procédé : les pensionnaires qui leur sont confiées, sont des malades conscientes, connaissant le règlement et capables de le faire observer, et d'adresser des plaintes aux médecins. Il est facile de trouver de telles malades parmi le nombre des persécutées, qui savent exiger et se faire servir. La nourricière qui a eu successivement plusieurs malades analogues, ou bien, se conforme au règlement, ou bien si elle persiste dans sa maucaise volonté et sa négligence, se voit rayer définitivement de la liste des placements. Mais il faut bien le dire, cette mesure est extrême-

ment rare, et n'est adoptée que dans les cas graves.

Par contre, *des primes en argent* sont allouées aux nourricières qui se distinguent par les soins qu'elles donnent à leurs pensionnaires. Ce système crée une atmosphère d'émulation dont bénéficient les malades. D'autre part, des médailles vont être accordées par l'Assistance publique aux nourricières particulièrement méritantes.

Dans l'appréciation des qualités des nourricières, il faut tenir compte de nombreux facteurs parmi lesquels celui de beaucoup le plus important est la façon de vivre. Toutes n'ont pas la même vie : les nourricières veuves sont en assez grand nombre. Certaines n'ont pas d'enfants ; chez d'autres, la famille est nombreuse. Les unes habitent la ville ou une agglomération importante, d'autres de petits hameaux. Les professions sont variées ; la plupart, femmes de cultivateurs, de manœuvres, de petits propriétaires, se bornent aux soins de leur ménage et de leurs enfants ; d'autres, assez nombreuses, se livrent à des travaux de confection de lingerie que leur procurent des correspondants de divers magasins.

La profession de cafetier, marchand de vins, débitant de boissons, n'est pas acceptée.

Les placements sont *urbains* ou *ruraux*, suivant leur situation en ville ou aux environs.

Tout placement donne lieu à l'inspection du local proposé, de son installation hygiénique et du matériel exigé. Le cubage réglementaire est de 20 mètres

cubes minimum par personne, avec un éclairage et des moyens de chauffage appropriés, l'installation de l'éclairage électrique donne droit à une prime. La plupart du temps les chambres sont garnies de carreaux, quelques-unes parquetées. Les murs sont tapissés avec du papier, beaucoup sont blanchis à la chaux ; on encourage ce dernier mode d'installation, à cause de la facilité de cette décoration et de l'économie d'entretien. En général, le lit est en bois, mais pour les installations à créer, on obtient assez facilement l'achat de lits en fer, plus hygiéniques. La literie doit être composée de paille ou de sommier, matelas ou lit de plumes, draps et couvertures en nombre suffisant, dont au moins une de laine. *Le tout est à la charge du nourricier.*

Le trousseau de chaque malade comporte tout le linge personnel, c'est-à-dire la vêtue, la chaussure et le linge de corps, ainsi que serviettes et torchons.

En voici la composition :

Bas	6 paires
Bonnets de jour	2
Bonnets de nuit	2
Camisoles ou tricots	2
Caracos été.....	2
Caracos hiver	2
Chaussures	3 paires
Chemises	4
Fichus coton	2
Fichus laine	1
Jupes de dessous hiver	3
Jupes de dessous été	3

Mouchoirs	6
Robes	4
Tabliers	2
Serviettes	2

Les nourriciers doivent aussi fournir pour les oreillers des taies en toile blanche, qui permettent de vérifier plus facilement leur état de propreté.

Le malade dispose d'une table de nuit ou petit meuble non clos, si possible ; d'une cuvette, d'un pot-à-eau, et d'un meuble pour ranger ses vêtements. Les visiteurs de placements veillent spécialement à la présence et à la propreté de tous ces objets et à ce que la chambre des malades *soit réservée exclusivement à leur usage.*

Le nombre de malades par placement est de *deux ou trois*, Il faut éviter le placement à quatre ; la chambre où vivent en commun les malades tend à devenir un petit dortoir et perd son caractère familial.

La pièce destinée aux malades doit communiquer par une petite fenêtre ou vasistas, ou à l'aide d'une porte, avec l'appartement particulier du nourricier, de façon que la surveillance soit effective jour et nuit. La préférence est accordée aux pièces qui ont accès directement sur un jardin, où les pensionnaires peuvent se promener, vaquer à leurs petites occupations, en plein air, à la belle saison.

Chez les veuves ou chez les célibataires, la règle de la chambre à part pour les pensionnaires, n'est

pas toujours appliquée ; la chambre à coucher commune présentant souvent dans ce cas, au contraire, des avantages au point de vue de la surveillance, surtout pour les pensionnaires âgées, à qui les soins assidus sont nécessaires.

Outre le coucher, le blanchissage, le chauffage et l'éclairage, le nourricier doit à ses pensionnaires la nourriture.

Les pensionnaires doivent, en principe, prendre leurs repas *en commun* avec toute la famille. Il faut avouer, cependant, qu'à Dun surtout, les malades mangent souvent dans leur chambre, et la nourricière avec sa famille dans l'autre. Souvent aussi, ce sont les malades elles-mêmes qui exigent cette séparation, d'autant plus que cela permet à la nourricière de les faire manger à des heures régulières, soit que ses occupations ne permettent pas au mari de rentrer à des heures fixes, soit qu'il y ait des enfants jeunes et trop bruyants. Quelquefois, la malade est grossière, peu propre, turbulente et délirante, parfois encore, de par ses idées de grandeur, elle se trouve humiliée de prendre ses repas avec ses nourriciers, qu'elle considère comme des gens sans éducation, et ne s'étonne pas d'être servie par eux.

Le repas en commun peut être considéré comme une garantie que les malades seront nourries aussi bien que leurs hôtes, mais cette garantie est souvent illusoire. Si le nourricier n'est pas scrupuleux, si la malade est inconsciente, on lui donnera tout aussi bien les plus mauvais mets à la table de famille qu'à

la table à part, et au contraire, si la pensionnaire est difficile, exigeante, elle saura bien se faire servir, même isolée dans sa chambre. C'est pourquoi chez les nourriciers suspects, on associe une malade consciente avec une malade inconsciente ou débile, incapable de réclamer.

En général, les malades se montrent satisfaites de la nourriture. Quelques-unes avec le produit de leur travail s'achètent de petits suppléments.

Quelques malades, très rares, certaines persécutées, avec troubles du caractère, idées de grandeur, ont été autorisées, sous un contrôle sévère, à faire elles-mêmes leur cuisine.

Les menus, dans chaque placement, sont inscrits par les surveillants dans leurs visites quotidiennes, qui sont faites souvent à l'heure des repas.

Toutes ces conditions du bon placement ne sont pas toujours réalisées. Dans l'un, l'installation de la chambre n'est pas parfaite, tout en étant suffisante, mais la nourriture est bonne, la nourricière attentive et intelligente ; dans l'autre, au contraire, la nourriture est moins soignée, mais la chambre est large, aérée, bien meublée, avec un jardin.

Pour le plus grand bien des malades, il faut suivre le mieux possible, le chemin tracé par le règlement, mais il faut faire preuve à l'égard des nourricières, d'une tolérance assez large, en tenant compte des conditions économiques du pays auxquelles la vie des malades est intimement liée. En se montrant trop sévère avec les nourricières, on cour-

rait le risque de les décourager, et par là même de porter atteinte à la prospérité de la colonie familiale.

Médecins et surveillants ont bien souvent un rôle de médiateur. Ils doivent au cours de leurs visites, écouter les unes et les autres avec patience et douceur, essayer de concilier les intérêts de chacun. Enfin nourricières et malades sont admises tous les jours le matin de 9 à 11 heures, au bureau de l'administration pour être entendues sur les réclamations, les plaintes, qu'elles ont à formuler.

Pour justifier ces réflexions, nous donnerons le prix payé aux nourriciers par le département de la Seine, pour l'entretien de chaque malade. *Il est actuellement de 7 francs.*

Quant au prix de journée total il a été en 1931 de 10 fr. 19 (prix de revient 9 fr. 88).

Si on compare ce prix de journée avec celui des différents asiles de la Seine, on se rendra compte que tout en améliorant le sort des aliénés chroniques, le département de la Seine réalise une économie réelle considérable. La colonie familiale pour aliénés chroniques est un système d'assistance parfait en ce qu'il réalise pour les malades le maximum de bien-être avec le minimum de frais possible.

En somme, les nourricières ont un rôle fondamental dans le fonctionnement de la colonie familiale. Outre l'obligation matérielle de préparer et de veiller à l'alimentation, à la propreté de la chambre, du linge, de la vêtue, elles sont chargées de renseigner le

médecin sur la conduite des malades, de le prévenir des indispositions et de tout changement dans les habitudes de celles-ci, de toute modification dans leur état physique et mental, et de provoquer dans les cas douteux, la visite du médecin.

Mais il est important de veiller à ce que les nourricières ne témoignent pas à l'égard de leurs pensionnaires, la même négligence qu'elles apportent souvent à leurs propres souffrances.

*
* *

« *Vie libre mais avec liberté surveillée* », tel est le grand principe directeur de l'assistance familiale. Nous avons passé en revue les conditions matérielles offertes aux malades, comment s'exerçait sur elles une surveillance très large, nous allons voir ce qu'est pour elles cette vie libre, si différente de la vie asilaire.

Quelque temps après leur arrivée à la colonie, les malades ont trouvé la maison qui leur convient, et se sont habituées à leur nouvelle famille. La possibilité de se créer une existence plus indépendante et non assujettie à un règlement strict, comme à l'asile, est la raison principale qui leur a fait préférer le régime de la Colonie à celui de l'Asile. Ici plus de murs maussades, plus de cours grillagées, plus de portes fermées. Tout leur est ouvert, elles peuvent circuler librement dans le pays. La monotonie de l'asile fait place à la diversité que crée l'activité d'une petite ville, voire même d'un village ou d'un hameau. Dans

la mesure de leurs facultés restantes, elles reprennent conscience de leur personnalité.

Chez sa nourricière, la malade se lève quand il lui plait, sort et rentre aux heures qui lui conviennent, travaille quand elle veut et pour qui elle veut. Qu'elle soit chez sa nourricière aux heures des repas, qu'elle ne s'éloigne pas trop du pays, qu'elle soit rentrée à la tombée de la nuit, telles sont les limites de sa liberté d'action.

Les malades peuvent se promener ou employer leurs loisirs comme bon leur semble. La plupart des malades n'abusent pas de cette liberté.

La pensionnaire ne doit aucun service à sa nourricière, ni à qui que ce soit, *elle est libre de ne rien faire*. Cependant, les médecins, les surveillants, encouragent le travail le plus possible. Il est une condition de bon ordre partout, et plus encore dans les colonies. C'est un important élément de traitement et de distraction ; c'est aussi un moyen qui n'est pas à négliger de procurer quelques améliorations au régime alimentaire. « Le travail, comme l'a dit Parchappe, est plus qu'une loi pour l'homme, c'est un besoin, et on ne saurait y soustraire l'aliéné ».

D'ailleurs, un grand nombre de malades, assez conscientes et capales d'activité, cherchent d'elles mêmes à s'occuper et trouvent du travail, soit au siège de la colonie, soit chez des particuliers ou chez leurs nourrices, d'autres enfin s'occupent à des travaux personnels tout en restant dans leur chambre. Enfin, il est une autre catégorie de malades qui,

ou trop inconscientes ou trop affaiblies physiquement, aident leurs hôtes à de menus travaux de ménage.

Pour se faire une idée exacte de ce que sont les occupations des malades, il faut envisager, Dun d'une part, et les annexes de l'autre ;

A Dun, on trouve plusieurs catégories :

1^o des malades travaillant au compte de la colonie.

Le siège central en occupe à lui seul un grand nombre, à des travaux de couture, de jardinage, de propreté. Tous les objets d'habillement, à l'exception des bonnets, sont confectionnés, entretenus et raccommodés par les pensionnaires. De cette façon, on peut pourvoir à l'entretien du linge, des trousseaux des pensionnaires, au blanchissage, dans des conditions très économiques. On s'efforce d'occuper dans les ateliers du siège central, les malades dont l'état nécessite une surveillance plus active.

85 malades y travaillent actuellement, dont 68 femmes et 17 hommes.

Un tableau d'ensemble montrera mieux les divers emplois qu'ils remplissent.

Nature des Occupations	Hommes	Femmes	Total
Ménage, cuisine, épluchage.....	—	12	12
Vestiaire, couture.....	—	40	40
Lingerie, buanderie.....	2	15	17
Reliure.....	1	—	1
Pianiste.....	1	—	1
Jardins.....	12	—	12
Cordonnerie.....	1	—	1
Entretien des bureaux.....	—	1	1
Totaux.....	17	68	85

2^o *Malades travaillant en ville et régulièrement chez des particuliers*, au nombre de 94 : dont 93 femmes et 1 homme.

Suivant leurs aptitudes et leur caractère, elles s'embauchent dans telle ou telle maison, pour faire de la couture, le ménage, des nettoyages, la lessive. Parmi les couturières, les meilleures travaillent pour des entrepreneuses de confection du pays.

Les moins habiles s'embauchent pour diverses petites besognes, telles que de garder les vaches, les oies, ou ramasser de l'herbe pour les lapins.

3^o *Malades travaillant chez elles, et régulièrement à des travaux de couture*, tels que confection de lingerie, dentelle, tricot le plus souvent. On en compte 195.

On voit donc que sur une population de 579 malades placées à Dun, 373 s'occupent régulièrement, c'est-à-dire, une proportion d'environ les deux tiers.

Ces malades dont le travail est régulier sont toutes rétribuées. Celles qui travaillent au siège central touchent un pécule quotidien variant de 0 fr. 50 à 1 franc qui est versé à la caisse de l'Administration et qu'on leur donne par portion, à leur demande, et selon leurs besoins. Celles qui sont employées par des particuliers, touchent directement le prix de leur travail et en font l'usage qui leur plait, mais que l'Administration s'efforce de contrôler. On les encourage à verser leurs gains à la caisse centrale, pour éviter le vol ou le gaspillage, mais beaucoup ne s'y soumettent pas. Par une surveillance active, il faut éviter que ces malades soient exploitées par leurs

employeurs. Du reste beaucoup se rendent compte de la valeur de leur travail et l'estime même quelquefois plus qu'il ne vaut ; elles se préservent ainsi assez bien de l'exploitation possible.

4^o Les autres, ou bien de par leur état ne peuvent fournir un travail régulier, ou bien ne veulent pas travailler.

Les premières, bien que ne s'occupant à aucun travail actif, aident leur nourricière à faire le ménage, faire les lits, balayer la maison et même garder les enfants. Les secondes passent leur temps à se promener, à se réunir sur les bancs des promenades du pays, à se faire et à se rendre des visites ; quelques-unes vont à l'église. A la saison de la pêche, beaucoup vont passer une partie de leur journée au bord de l'Auron ou du canal pour y attraper une friture. Ce passe-temps ne manque pas de nombreuses et ferventes adeptes.

Dans les annexes, on compte environ 250 travailleuses. Placées pour la plupart chez des cultivateurs, leurs occupations sont surtout agricoles. Les nourriciers les emmènent aux champs avec eux, ou bien, pendant que toute la famille est au travail, les malades restent à la maison, pour y faire le ménage et préparer les aliments. Chez ces petits fermiers, très estimées, les pensionnaires font véritablement partie de la famille.

Si toutes ne travaillent pas, la plupart cependant participent aux distractions qui s'offrent à elles. Fêtes locales avec leurs manèges et leurs bals, réu-

nions de famille et enfin concerts et séances théâtrales ou cinématographiques données spécialement à leur intention dans la salle des fêtes de la colonie.

La plupart des pensionnaires se montrent satisfaites de leur existence à Dun ou aux environs.

* * *

Mais, qu'advient-il lors de l'apparition d'une affection d'ordre médical ou chirurgical ou bien lorsque les troubles mentaux s'accroissent, ou encore lorsqu'une malade affaiblie par la sénilité devient gâteuse ?

En principe, le nourricier doit garder ses pensionnaires quand elles sont atteintes d'une affection ne présentant pas des caractères de gravité immédiate. Les médicaments, les pansements lui sont fournis par la colonie et il doit exécuter les prescriptions médicales. Mais le plus souvent, les malades sont conduites au siège central, où elles sont hospitalisées dans une infirmerie. Là elles auront des visites médicales plus fréquentes, avec un personnel mieux préparé, plus éclairé, sinon plus dévoué, ayant toute l'autorité nécessaire. Le transport à l'infirmerie sera encore la meilleure garantie pour éviter la transmission des maladies contagieuses de la pensionnaire à ses nourriciers ou réciproquement.

Si un cas chirurgical se présente, la malade est aussitôt amenée dans une infirmerie. Un chirurgien de la région, actuellement, M. le D^r BOULAY, de Saint-

Amand, localité située à 20 kilomètres de Dun, est appelé en consultation. Si l'opération est décidée, on y procède dans une salle d'opération, bien installée, attenante à une infirmerie. Les malades atteintes d'une affection chirurgicale ne nécessitant pas une intervention immédiate sont en général dirigées sur le pavillon de chirurgie de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Bien souvent, des nourricières dévouées, conservent longtemps chez elles les malades gâteuses, surtout lorsque le gâtisme n'est que nocturne.

L'Administration fournit alors le matériel que nécessite cette infirmité, draps caoutchoutés, alèzes, bassin, etc... Mais quand le gâtisme devient permanent, les malades sont retirées de leur placement, et alitées dans un service spécial, où le changement de draps peut être fait fréquemment, et où l'hygiène spéciale que nécessite leur état, peut être appliquée.

Mais si l'encombrement du pavillon l'exige, certaines de ces gâteuses sont évacuées à l'asile de la Charité-sur-Loire, établissement auquel l'administration préfectorale a consenti un bénéfice spécial pour ce genre de malades.

Enfin si sévère que soit le choix des malades, on ne peut éviter des phases d'excitation, de dépression, ou de délire, chez des aliénées calmes, même depuis très longtemps. Une discussion avec les nourriciers, ou une compagne, une lettre de sa famille, une visite de parents, parfois un petit excès alcoolique, suffisent pour troubler une malade. Le plus souvent le change-

ment se fait sous l'influence d'une cause indéterminée. Alors la malade, devra être l'objet d'une surveillance sévère, efficace, pour éviter tout incident, acte de violence, tentative de suicide, fugue, etc... Cette surveillance ne sera efficace qu'à l'infirmerie : elle durera plusieurs jours, souvent davantage, avant qu'on puisse songer à replacer la malade dans une famille.

Si cet accès est trop prolongé, trop violent, la malade ne pourra plus bénéficier du placement familial, et devra être réintégrée dans un asile fermé. Ces réintégrations se font dans des asiles de province qui ont des contrats avec le département de la Seine. Pour faire le moins de frais possible, on recherche les asiles les plus proches.

Actuellement, les transfèrements se font à l'asile de La Charité-sur-Loire et à l'asile de Moulins. L'asile de Bourges, le plus rapproché, ne veut pas se charger de ces malades. Il dispose de trop peu de places. C'est là un état de choses très regrettable.

Au cours de l'année 1931, il y eût exactement 50 réintégrations. Si l'on compare ce chiffre avec celui des malades traitées au cours de l'année : 1275, on se rendra compte que la proportion est très faible.

Pour recevoir toutes ces malades, les médecins disposent de locaux relativement restreints : 2 infirmeries R. et D. et le pavillon Leroux.

L'infirmerie R., comprend 16 lits et 2 chambres d'isolement. Elle est plutôt destinée à la mise en observation des malades à manifestations d'idées

délirantes, qui rendent impossible leur placement chez l'habitant.

L'infirmerie D., comprend 12 lits, 2 chambres d'isolement et la salle d'opération. On y place les pensionnaires atteintes d'affections organiques, telles que pneumonie, grippe, cardiopathies, ou bien de maladies infectieuses qui ne peuvent être soignées chez le nourricier.

Le pavillon Le Roux, est aménagé pour recevoir 50 malades environ. Celles qui y sont placées, sont surtout des gâteuses, des malades trop impotentes ou trop affaiblies intellectuellement pour pouvoir rester chez leur nourricière. Il est certain qu'au point de vue économique, il serait préférable de les transférer dans des asiles départementaux ; mais il serait pénible pour les familles de ces malades, de les voir à la fin de leur vie changer d'établissement encore une fois. Elles ont eu pendant des années l'habitude de les visiter, étant sûres de les trouver pourvues de soins, de nourriture et de logements confortables, il serait quelque peu cruel de les priver de cette satisfaction.

*
* *

L'état sanitaire de la population aliénée reste très satisfaisant. On n'a jamais eu à déplorer d'épidémie grave, meurtrière. Le pourcentage des décès est faible, surtout si l'on considère que la plupart des malades sont âgées. En 1931, sur 55 pensionnaires

décédées, 46 avaient dépassé 60 ans. Ramenée à la population traitée, la mortalité a été de :

$$\frac{56 \times 100}{1.275} = 4,39 \text{ \%}.$$

Calculé par rapport aux journées de présence, le taux de la mortalité devient :

$$\frac{56 \times 365 \times 100}{414.700} = 4,92 \text{ \%}.$$

*
* *

Les sorties sont rares pour cette raison que les aliénées transférées dans les colonies familiales sont, par principe, des chroniques. Elles ne peuvent vivre en liberté que si la famille veut ou peut leur procurer la surveillance et les soins nécessaires.

Treize malades femmes ont été mises en liberté en 1931.

*
* *

Les visites des familles aux malades de la colonie ne peuvent pas être très nombreuses :

1^o A cause de l'éloignement et de la grande difficulté des communications avec Paris, où la majorité des malades ont leur famille ;

2^o Parce que les pensionnaires, avant leur départ des Asiles, sont choisies parmi les malades qui sont le plus rarement visitées.

En 1931, 119 malades ont été visitées, la plupart une fois, une seule, privilégiée, a été visitée 5 fois.

*
* *

Les incidents graves sont extrêmement rares. Il y eut en 1931 un suicide par submersion dans l'Auron et une tentative de suicide par submersion dans un puits.

Malgré la grande facilité qui s'offre aux malades, les *évasions* sont *peu fréquentes* : 4 au cours de 1931 et 11 tentatives.

Parmi les 4 évadées, 2 ont été retrouvées dans leur famille, une est en traitement à l'Asile de Maison-Blanche, on ne possède aucun renseignement sur la dernière.

A cause de leur état mental, quelques malades font des *fugues* ou *s'égarent*. Elles rentrent seules ou bien sont ramenées, soit par les nourriciers, soit par le personnel, soit par des étrangers, auxquels on remet une prime.

On a compté 12 fugues et 14 malades égarées au cours de l'année 1931.

Enfin, pendant cette même année, le nombre des *entrées* a été de 146, dont 3 hommes et 143 femmes.

Pour terminer, nous résumerons dans un tableau, le mouvement général de la colonie au cours de l'année 1931.

MOUVEMENT GÉNÉRAL

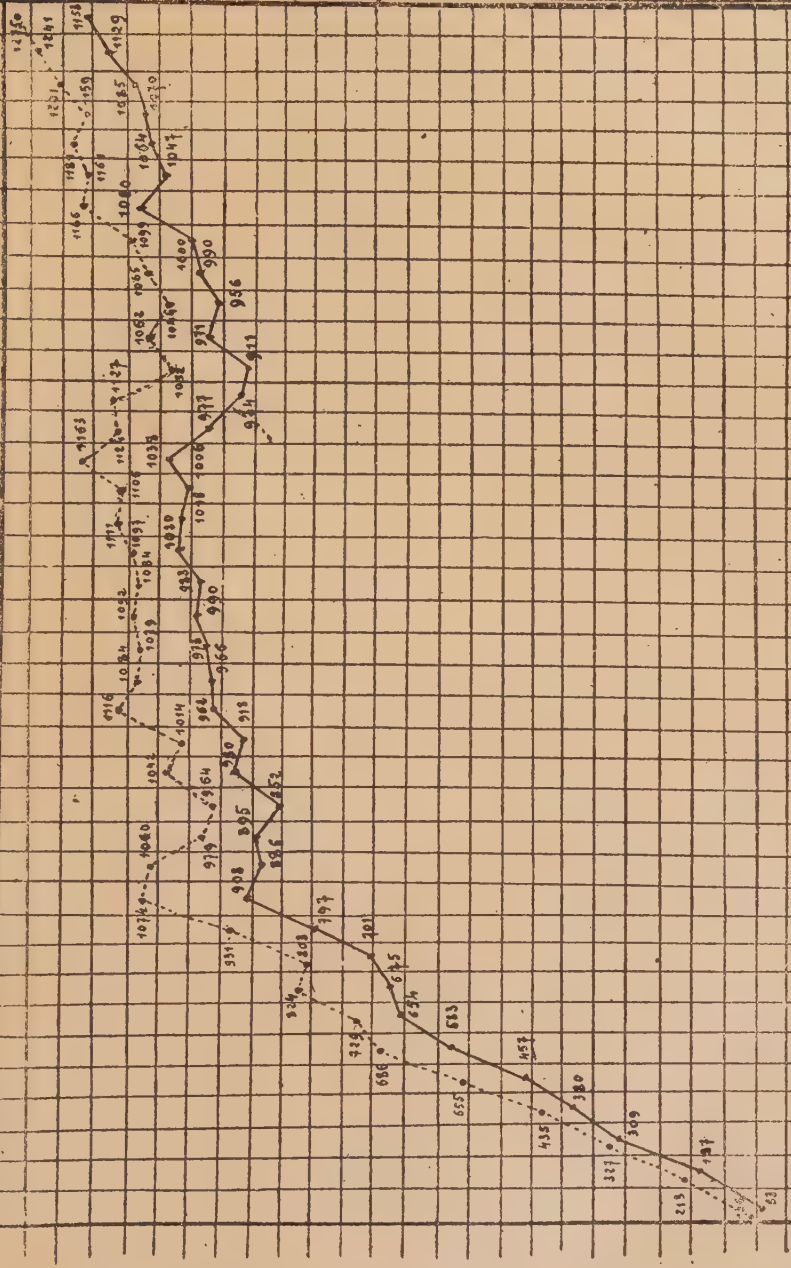
	Hommes	Femmes	Total
Présences au 1 ^{er} Janvier 1931	17	1.112	1.129
Entrées pendant l'année	3	143	146
Malades traités	20	1.255	1.275
<i>Sorties :</i>			
Sorties par amélioration	0	13	13
Réintégration en asile fermé	1	49	50
Transfèvements (mesure administra- tive)	—	1	1
Décès par maladie	—	55	55
Décès par accident	—	1	1
Évasions	—	2	2
Total des sorties	1	121	122
Présences au 31 décembre 1931	19	1.134	1.153

*
* *

Tel est l'état actuel et le fonctionnement de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron. Par le tableau graphique suivant on se rendra compte que depuis sa fondation, elle n'a jmais cessé de prospérer. Ses précurseurs et ses créateurs n'ont pas fait là une œuvre téméraire mais au contraire une œuvre utile et bienfaitrice.

Dans les pages suivantes, nous étudierons la colonie familiale d'Ainay-le-Château. Elle a beaucoup de points communs avec la colonie de Dun. Par ce fait même, son étude sera beaucoup plus succincte.

1250
1200
1150
1100
1050
1000
950
900
850
800
750
700
650
600
550
500
450
400
350
300
250
200
150
100
50



..... Population traitée pendant l'année -

— Population au 31 Décembre de chaque année

CHAPITRE III

AINAY-LE-CHATEAU

La localité d'Ainay-le-Château est le siège de la colonie familiale des *aliénés hommes* du département de la Seine.

L'expérience de huit années, avait prouvé que l'application du système de l'assistance familiale aux aliénés, était possible en France. Encouragé par le succès de son œuvre, le Dr Marie, résolut de tenter un essai de placement familial des aliénés hommes. Il choisit Ainay-le-Château, petite ville distante de Dun de 23 kilomètres, comme siège le plus propice de cette colonie future.

L'historique de la création de cette institution est identique à celle de Dun, dont elle n'était primitivement qu'une annexe occupée par des malades femmes. *En 1900, elle fut constituée en colonie autonome.*

Dans le chapitre précédent, nous avons étudié le mécanisme du fonctionnement de la colonie de Dun. Nous avons donné un développement détaillé sur ce qui différencie la vie à la colonie de la vie à l'asile.

Nous ne saurions revenir sur tous ces points. Rôle des médecins, règlement général, conditions d'admission et vie quotidienne des malades, choix du placement et des nourriciers, sont semblables à Ainay et à Dun.

Ainay-le-Château, petite ville de 1532 habitants, département de l'Allier, canton de Cérilly, a conservé aujourd'hui le même aspect qu'au moment de l'installation de la colonie. Elle est située sur le versant nord-set d'une colline peu élevée d'où l'on domine la campagne environnante qui est verte et riante. On aperçoit au sud la magnifique forêt de Tronçais, distante seulement de 3 kilomètres, et dont l'étendue couvre une partie du territoire de huit communes.

La ville est traversée par la route nationale de Moulins à Bourges. Au pied de la colline, coule une petite rivière sinueuse : la Sologne. Le chemin de fer de Saint-Amand à Sancoins dessert la contrée par une gare, Laugère, placée à 3 kilomètres.

En arrivant en ville, on est frappé par l'aspect vieillot des rues et des maisons. De nombreux vestiges d'un riche passé d'histoire frappent le visiteur et lui donnent l'impression d'être reporté plusieurs siècles en arrière, au milieu d'une place forte du moyen âge.

Ainay a conservé une partie de ses remparts, quelques-unes de ses tours, dont la porte de l'Horloge, la tour du château, son église.

La partie des remparts du côté de la Sologne est

conservée intégralement, elle soutient la ville qui domine ainsi la rivière. De l'autre côté, les anciens fossés ont été comblés en grande partie ; sur leur emplacement on trouve la place actuelle de la Mairie, les tours de ce côté sont incluses dans les maisons et habitées.

La porte de l'Horloge constitue la portion la mieux conservée de l'ancienne enceinte. Elle surplombe de sa masse les maisons qui l'entourent, la rue principale du pays passe sous sa voûte.

L'Eglise Saint-Etienne remonte au ^x^e et au ^{xii}^e siècle. Son portail est de la Renaissance.

Ce qu'on appelle le « château » est une maison avec tours du ^{xv}^e et ^{xvi}^e siècle qui a servi de résidence aux régisseurs des Princes de Condé.

La petite Chapelle Saint-Roch, de l'autre côté de la Sologne, remonte au début du ^{xvii}^e siècle.

Ainay-le-Château forme avec les communes de Valigny, Isle et Bardais, Braise, Saint-Bonnet, une petite région qui a toujours été, au cours de l'histoire, disputée entre le Berry et le Bourbonnais.

La ville d'Ainay se trouvait sur l'embranchement de la voie romaine allant de Dunum à Aquae Borbonis (Bourbon l'Archambault).

Le territoire d'Ainay faisait partie du Berry, et ainsi de la vieille Aquitaine, puis du royaume de Bourgogne et rattachée à la fin du ^{xii}^e siècle à la baronnie de Bourbon en 1256.

En 1147, c'est d'Ainay qu'Archambault V part avec le roi Louis le Jeune pour la seconde croisade.

Ainay était un des lieux de séjour des seigneurs de Bourbon. Toute la Châtellenie d'Ainay se couvre au XIV^e et au XV^e siècle de manoirs, castels, hostels forts de vassaux des sires de Bourbon.

Cependant, les seigneurs de Dun devenaient les vassaux du vicomte de Bourges, lui-même vassal du roi de France.

De 1360 à 1366, la région est ravagée par la guerre de cent ans.

Philippe le Hardi, duc de Bourgogne, passe à Ainay et y couche le 15 novembre 1373. Le dauphin (le futur Charles VII) allant de Bourges en Languedoc combattre le comte de Foix, passe à Ainay le 22 ou le 23 décembre 1419.

Le 19 août 1463, Jean II, duc de Bourbon, vend la Châtellenie d'Ainay à Patrice Foucart écuyer, capitaine d'Ainay. La Châtellenie lui revint en juin 1475.

Lors du procès du Connétable de Bourbon, instruit par le Parlement sur l'ordre de François I^{er}, la Châtellenie d'Ainay avec les autres biens féodaux du connétable, revinrent à la Couronne de France. Elle devient une des 17 Châtellenies royales de la province du Bourbonnais.

Les guerres de religion dévastent Ainay. En Janvier 1568 l'armée protestante pénètre dans Ainay. La peste fait une incursion en 1581. En novembre 1590, les troupes royales y mettent le siège, et François des Barres vend la place par la convention du 19 août 1590, signée à Hérisson. En 1595, un capitaine nommé Villars, rançonne Ainay. Le pays est ruiné.

Puis la Châtellenie d'Ainay est détachée du Bourbonnais et concédée à des seigneurs qui ne font qu'y encaisser les redevances.

Le 25 mai 1619 est créé à Ainay un couvent des Pères Récollets, qu'on commence à construire en 1621. La peste ravage une deuxième fois le pays, et on édifie la chapelle Saint-Roch autour de 1629.

Les tanneries prennent un grand développement à Ainay au début du xvii^e siècle.

Pendant la Fronde, Ainay prend le parti du Roi, mais le marquis de Persan, résolu de s'emparer d'Ainay qui lui semblait une place forte importante. Obligé de se retirer, une première fois, il revient avec des canons, entre à Ainay, fait pendre le gouverneur de Beaugé, et impose un lourd tribut aux habitants, en 1652.

C'est là que commence la décadence d'Ainay. Sous Louis XIV, diminution de natalité, émigration des habitants, et Cérilly va se développer au détriment d'Ainay.

De 1661 à la fin du xviii^e siècle, les princes de Condé sont les seigneurs d'Ainay-le-Château.

A la révolution, Ainay restera attaché au Bourbonnais, faisant partie du département de l'Allier. Les habitants d'Ainay demandèrent que la ville devint un chef-lieu de district. Ils ne purent l'obtenir, et Ainay ne fut qu'un des huit chefs-lieux de canton du district de Cérilly.

Les Récollets, au nombre de 2 Pères et un Frère convers, se soumirent à la constitution civile du clergé, le couvent fut néanmoins vendu comme bien national le 25 août 1792. Il n'en resté que quelques ruines à côté desquelles on a construit le bâtiment qui abrita les premiers temps de la colonie.

Ainay-le-Château prend le nom d'Ainay-sur-Sologne. Il y a à Ainay 895 habitants en 1793.

Le 3 brumaire an X, la répartition administrative de l'Allier était modifiée, le chef-lieu d'arrondissement transporté à Montluçon, Ainay n'était plus qu'une commune du canton de Cérilly.

La réunion au département du Cher, d'Ainay et de son canton demandée en 1790-1791 et 1819, répond à une nécessité géographique : son débouché est sur le Cher, dans la direction de Charenton de Saint-Amand. La forêt

de Tronçais longue de 18 kilomètres, large de 8 kilomètres forme la limite naturelle du département de l'Allier.

L'industrie comprenait à Ainay dans le milieu du ^{xix}^e siècle une poterie, des tanneries, une fabrique de draps, un gros commerce de bas de laine, et de bois. La vie économique très active donnait lieu à 11 foires par an, et un marché tous les samedis. Il y avait dans la région des industries métallurgiques : les forges de Tronçais ; enfin une porcelainerie s'est installée à Ainay (emplacement actuel de la colonie).

Cette prospérité n'a été que passagère ; elle déclina rapidement, surtout à partir de la décadence des forges de Tronçais, usine qui n'occupe plus qu'une centaine d'ouvriers. La porcelainerie a été abandonnée en 1900.

C'est au moment où le pays allait se trouver dépourvu de toutes ressources, que le département de la Seine décida d'y amener des aliénés hommes. Les affaires périclitaient de plus en plus. Nombreux étaient les logements disponibles par suite du départ des ouvriers.

Pour des raisons d'ordre économique, la population devait faire bon accueil à l'établissement de la colonie familiale, source de revenus inattendus pour elle.

Les Castellainaisiens sont propres, d'un tempérament calme et d'un commerce agréable, toutes conditions requises pour le choix de bons nourriciers.

Le pays est sain à cause de sa situation relativement élevée et de la nature de son sous-sol. Le voisinage de la forêt de Tronçais apporte au climat un élément modérateur.

Débuts et développement

Le Docteur Lwoff, chargé d'organiser la colonie des hommes, prit son poste le 1^{er} juin 1900. Il trouva en arrivant à Ainay qui était alors annexe de Dun, 29 pensionnaires femmes et 1 homme.

Pour des considérations d'ordre économique, l'administration autorisa à garder 15 femmes, afin d'installer avec leur aide, un atelier de couture. Les 14 autres femmes furent renvoyées à Dun. La présence d'hommes et de femmes n'a jamais donné lieu à aucun incident.

Le 15 juin de la même année, le premier convoi de 12 malades hommes arriva à Ainay. D'autres transferts allaient suivre, quand une grande épidémie de typhoïde éclata dans le pays et on fut obligé pour des raisons d'ordre sanitaire de suspendre l'envoi des pensionnaires. Le médecin de la colonie, se consacra tout entier à aider les autorités locales à enrayer cette épidémie qui se montrait assez meurtrière. La population fut favorablement impressionnée par l'intérêt que les nouveaux venus voulaient bien lui porter.

Aucun malade de la colonie naissante ne fut atteint

par le mal. Le deuxième convoi de malades arriva au mois de septembre.

Dans les premiers temps, le D^r Lwoff éprouva de grandes difficultés. Il usa de tact et de délicatesse.

La population se montrait inquiète, hostile même à l'idée que des fous allaient venir parmi elle. Les protestations, au début, furent nombreuses. On craignait les hommes, on les croyait peu maniables, violents, dangereux. Il semblait notamment qu'il serait tout à fait impossible de les placer chez des veuves.

Le D^r Lwoff, choisit parmi les candidates nourricières, deux veuves plus intelligentes et ayant plus d'initiative que les autres. Après de longs pourparlers et de véritables conférences sur les aliénés, il put les décider à prendre à titre d'essai, un malade homme. Une fois l'expérience faite, toutes les craintes se dissipèrent. A la fin de l'année 1900, il y avait parmi les nourriciers, 19 veuves avec ou sans enfants.

Un revirement complet se produisit dans l'esprit de la population et au bout de 2 ou 3 mois, tout le monde demandait des hommes.

Les femmes devenaient d'un placement beaucoup plus difficile. On leur reprochait d'être tracassières, intéressées, difficiles à contenter, indiscrètes, se mêlant des affaires du ménage.

La population tombait d'accord avec les aliénistes qui savent tous combien un service de femmes est plus absorbant, plus difficile, qu'un service d'hommes.

Rapidement la population se montra favorable à la création de la colonie d'hommes.

Les premiers malades envoyés devaient être tranquilles, ne devaient pas être âgés de moins de 60 ans. C'était là une mesure prudente. Tout devait être fait pour rassurer les habitants : c'était le facteur essentiel pour assurer la réussite de cette tentative.

A la fin de l'année 1900, 100 malades avaient été assistés en placement familial, et 162 à la fin de 1901.

Le personnel du début était très réduit et comprenait :

1^o Le Directeur-Médecin, chargé de l'organisation et de la surveillance médicale et administrative de la colonie, de la visite des pensionnaires, au moins tous les huit jours.

2^o Un médecin assistant, dont le rôle était de visiter tous les jours un certain nombre de malades à domicile. Les visites étaient arrangées de façon à voir tous les pensionnaires au moins une fois par semaine.

Cet assistant ne fut nommé qu'en 1901.

3^o Le Régisseur-comptable de la colonie de Dun était chargé de gérer la comptabilité.

4^o Un employé aux écritures, secrétaire de Direction.

5^o Deux garde-sections visitaient les placements tous les deux ou trois jours.

Un d'eux était plus spécialement attaché à la salle de coiffure où il travaillait le matin et visitait les placements dans l'après-midi.

L'autre s'occupait surtout de l'infirmierie et faisait ses visites quand son service le laissait libre.

Les garde-sections notaient tout ce qu'ils avaient constaté dans la journée chez les nourriciers et rédigeaient un rapport journalier.

6^o La femme du garde-section attachée à l'infirmierie faisait la cuisine pour les malades.

7^e La surveillante en Chef du vestiaire était chargée de la direction générale de l'Infirmierie.

8^o Deux tailleurs, qui faute de place dans le centre de la Colonie, avaient établi chez eux un atelier et confectionnaient des vêtements pour le vestiaire. Un atelier de cordonnerie fonctionnait dans les mêmes conditions.

9^o Enfin, il nous reste à noter qu'on avait choisi parmi les malades, deux infirmiers-auxiliaires, dont un restait à la colonie, tandis que l'autre était chargé de s'occuper des malades du dehors. Un malade, ancien coiffeur, faisait la barbe et coupait les cheveux, sous la direction du surveillant-coiffeur. Enfin, un horloger et un peintre en bâtiments, malades également, travaillaient pour la colonie.

Si nous avons donné quelques détails sur le personnel à la vérité rudimentaire, c'est pour montrer combien le Dr Lwoff a dû utiliser les capacités et la bonne volonté de chacun pour assurer le succès de l'institution qu'on lui avait confiée.

En 1900, *le centre de la colonie* ne disposait que d'une petite maison à un étage, avec façade sur la

rue des Récollets et à peine quelques mètres de terrain pour jardin ; les locaux comprenaient :

A) Au rez-de-chaussée :

1^o L'Infirmerie, avec un seul dortoir de sept lits, dont trois ou quatre presque constamment occupés par les malades somatiques.

2^o Le bureau médical et la pharmacie.

3^o Une salle de réunion, petite pièce unique qui servait aussi de réfectoire et de salle de jour pour les malades excités et malpropres. Elle était peu fréquentée.

B) Au premier étage, le vestiaire et un atelier de couture qui fonctionnaient régulièrement à l'aide de malades femmes qui y venaient travailler tous les jours.

Les bains étaient installés dans une maison en location sur la Sologne. Le service en était régulier. Une salle de coiffure était annexée à la salle de bains.

Le médecin était logé en dehors de l'établissement.

En présence de l'exiguité de cette installation et du développement que prenait la colonie, l'Administration se décida à faire l'acquisition d'un emplacement et de bâtiments plus spacieux.

Au cours de l'année 1901 fut achetée une ancienne porcelainerie abandonnée, située au milieu d'un terrain de 8.000 mètres carré et dont les vastes corps de bâtiments pouvaient être appropriés aux besoins nouveaux. Les travaux d'appropriation commencèrent au mois de juin 1901 et se terminèrent à la fin de l'année 1902.

Ce centre nouveau de la colonie était ainsi composé :

1^o Un grand bâtiment central.

2^o Un autre bâtiment perpendiculaire au premier, composé de plusieurs locaux indépendants.

3^o Une petite maison d'habitation.

Dans le *rez-de-chaussée* du grand bâtiment étaient situés : le bureau du Médecin-directeur, le bureau du médecin-adjoint, le laboratoire, avec cabinet noir pour la photographie et le bureau du régisseur et une grande salle d'attente pour les nourriciers. Plus loin, toujours au rez-de-chaussée, se trouvait un vaste réfectoire, avec cuisine et office.

Au *premier étage*, un dortoir de 12 lits. Une antichambre où étaient installés les lavabos et les water-closets, séparait ce dortoir d'un autre de cinq lits.

Quatre chambres de 1 et 2 lits, destinées aux malades dont l'état nécessite l'isolement et aux infirmiers, donnaient également sur cette antichambre.

Le *deuxième étage*, mansardé, contenait un assez grand atelier de couture, des magasins pour le vestiaire, une petite salle d'attente et une chambre de réception et d'habillement.

Le *deuxième corps de bâtiment* présentait trois parties bien distinctes et séparées quoique contiguës.

La *première* contenait le quartier d'isolement au rez-de-chaussée et le logement du ménage d'infirmier au premier. Le quartier d'isolement se composait d'une grande pièce au milieu et de deux chambres plus petites de chaque côté. La grande pièce cen-

trale servait de salle de jour aux malades placés dans les chambres.

La *deuxième* servait d'atelier aux tailleurs et aux cordonniers. Au premier au-dessus de ces ateliers se trouvait le logement de la Surveillante en Chef du vestiaire qui était aussi la surveillante de l'Infirmérie.

La *dernière* partie, vaste pièce de 10 mètres de longueur, sur 11 mètres de largeur et 5 mètres de hauteur, servait de salle de réunion permanente avec bibliothèque.

Dans l'angle nord-est de la propriété, on construisit l'amphithéâtre avec une salle des morts et une salle d'autopsie.

Dans l'angle sud-est se trouvait une petite maison destinée au médecin-directeur.

L'Infirmérie était alimentée en eau par un puits et une citerne. Cette eau était amenée par une pompe à manège.

Le service des bains, toujours situé au bord de la Sologne, comprenait quatre baignoires. Les malades devaient se baigner deux fois par mois. Un bain gratuit par mois était assuré aux nourriciers. Enfin un jour fixe par semaine était réservé aux habitants qui moyennant 0 fr. 30 pouvaient se faire préparer un bain.

Un salle de coiffure était annexée à l'établissement de bains. Un surveillant coiffeur secondé par un pensionnaire, faisait la barbe des malades une fois par semaine et les cheveux une fois par mois.

Les *placements* au début étaient exclusivement urbains, c'est-à-dire, répartis dans le bourg d'Ainay même, mais par son développement progressif, la colonie a bientôt franchi ses limites primitives pour s'étendre aux communes environnantes et constituer des *annexes*.

A la fin de 1901, les communes de *Braize* et *Saint-Bonnet*, situées à 5 kilomètres d'Ainay, firent les premières demandes de placement.

Rapidement elles furent nombreuses et on put établir des placements chez 23 nourriciers à Saint-Bonnet et chez 9 à Braise.

En 1903, l'annexe de *Saint-Bonnet-Tronçais* était si florissante qu'il fallut y installer une petite infirmerie de 4 lits avec salle de réunion et de lecture. Les soins de cette infirmerie furent confiés à un préposé, à la fois infirmier et surveillant de placements. Dans tous les cas urgents, l'infirmier aussitôt averti, faisait transporter le malade à l'infirmerie et avisait le médecin qui le visitait et prenait une décision.

Un petit établissement de bains fut également installé dans un bâtiment attenant à l'infirmerie.

Au cours de l'année 1902, des annexes furent créées dans les communes de *Bardais* et de *Valigny*, situées à 6 et à 10 kilomètres d'Ainay, avec l'une 4 nourriciers et l'autre 10. La distance de l'annexe de Valigny nécessita la création d'un poste de surveillant de placements.

Au cours de cette même année, les placements

furent étendus au hameau de *Chamignoux* dans la forêt de Tronçais. Quelques placements furent également autorisés, à titre exceptionnel, sur le territoire de la commune de *Charenton (Cher)* limitrophe d'Ainay.

Depuis son début jusqu'à son installation définitive dans les nouveaux locaux, la colonie progressa d'une façon continue ; la population traitée qui était de 100 au 31 décembre 1900, s'élevait à 354 au 31 décembre 1902.

L'expérience de deux ans démontrait que les malades hommes s'adaptaient très bien au nouveau milieu et pouvaient jouir sans danger de la liberté presque illimitée qui leur était accordée.

En 1906, à la suite de la proposition de M. Poiry conseiller général, on essaya de *placer à la colonie des enfants arriérés*.

Jusqu'en 1904, le Dr *Lwoff* mena à bien l'œuvre commencée. A cette époque, il fut remplacé par le Dr *Trenel* auquel succédèrent en 1905, le Dr *Bonnet* ; en 1910, le Dr *Pochon* ; en 1914 enfin le Dr *Ameline* qui devait diriger la colonie pendant 17 ans.

En même temps que la colonie prenait de l'importance, le personnel secondaire s'organisait et était augmenté de quelques unités. En 1904, il était ainsi composé :

1^o 2 infirmiers. Un remplit les fonctions de coiffeur, l'autre est visiteur de placements.

2^o 1 cuisinière ;

3^o 1 cocher ;

4^o 1^{er} jardinier.

Cocher et jardinier avaient avec leurs occupations professionnelles la surveillance de la salle de réunion et de la cour, le service des repas à l'infirmerie, et suppléaient les autres infirmiers en cas d'absence pour le service.

5^o Un baigneur, nourricier concessionnaire du service des bains ;

6^o Un préposé surveillant à Saint-Bonnet ;

7^o Un préposé surveillant à Valigny.

En 1907, l'administration nomma un commis faisant fonction d'économe. Le poste fut occupé le 1^{er} août de la même année. Pendant la guerre l'économe de Dun assura le remplacement de l'économe d'Ainay mobilisé. Il continua même à faire fonction d'économe d'Ainay jusqu'au 19 septembre 1926, date à laquelle un nouvel économe fut nommé.

Le chiffre de la population suivait une progression croissante. Le nombre des malades présents au 31 décembre 1904 était de 399. A partir de cette époque, le nombre des malades traités à Ainay ne cessa de croître et atteignit en 1911 le maximum de 580. Malheureusement le recrutement des malades devint extrêmement difficile. L'influence de la guerre se fit sentir beaucoup plus fortement qu'à Dun et l'on vit même le nombre des malades traités tomber à un minimum de 345 en 1924. C'est à cause de cette insuffisance de pensionnaires que le poste de médecin-adjoint créé en 1918, fut supprimé par *arrêté du 14 août 1925*.

La décroissance rapide du nombre des malades transférés à Ainay, pouvait faire craindre la faillite d'une œuvre qui pendant les dix premières années de son existence avait donné de belles espérances. Il aurait été lamentable de voir disparaître cette colonie qui par le petit nombre de malades placés chez le même nourricier, réalise le type parfait de la colonie familiale : *les placements avec 2 pensionnaires y ont toujours été la majorité*, et beaucoup sont situés en pleine campagne où plus fréquemment qu'en ville, les malades participent étroitement à la vie de la famille des nourriciers qui ont bien voulu en assurer la surveillance.

Le chiffre minimum atteint en 1924, s'est bientôt relevé sans pouvoir toutefois encore rattraper l'effectif maximum obtenu en l'année 1913.

Organisation actuelle de la Colonie

Son fonctionnement

La colonie familiale d'Ainay-le-Château comprenait au 31 décembre 1931, une population de 363 pensionnaires, dont 361 hommes et 2 femmes, répartis en 186 placements situés tant à Ainay, siège central, que dans les communes environnantes qui en constituent les annexes.

Les services médicaux et administratifs centralisés à Ainay sont toujours établis sur l'emplacement de l'ancienne porcelainerie dont il subsiste quelques

bâtiments qui ont été aménagés et auxquels on en a ajouté d'autres. Il subsiste : le bâtiment central, ancienne usine, où a été aménagée l'infirmérie ; la partie basse de la maison du médecin, ancien magasin, une partie du bâtiment des ateliers, où se trouve le logement du surveillant.

Les locaux actuels comprennent :

Un bâtiment central, construit en briques, au rez-de-chaussée duquel se trouvent, les bureaux de la direction, le bureau du directeur avec la bibliothèque médicale, le bureau de l'économet, le laboratoire avec chambre de photographie, la cuisine, le réfectoire, le magasin.

Au premier étage une infirmérie de 25 lits a été aménagée de la façon suivante : une salle de 15 lits, trois chambres, dont une à 1 lit, une à 2 lits, une à 6 lits et enfin une chambre d'isolement. Une véranda vitrée sert de salle de réunion.

Le second étage mansardé est réservé à la lingerie et au vestiaire.

Le bâtiment dit des bains, édifié en 1923-1924, à la place d'anciens hangars comprend :

- a) Au nord, le logement de l'économe ;
- b) Au sud, le logement, du médecin assistant ;
- c) Au milieu : au rez-de-chaussée, l'installation des bains et la salle du coiffeur. Au 1^{er} étage, les archives.

Les bains comprennent une salle avec trois baignoires, un appareil à douches, une cabine séparée où se trouve une quatrième baignoire réservée au personnel.

La chaudière se trouve dans la salle même dont elle réalise en même temps le chauffage.

Le service des bains se fait deux fois par semaine, le vendredi et le samedi.

L'après-midi du samedi est réservé aux femmes, malades, femmes-nourricières et autres dames de la ville qui peuvent se baigner moyennant une redevance de 3 fr. 50.

Le bâtiment dit des ateliers, situé en face des bâtiments des bains, comprend :

a) *Au nord*, la salle de réunion des malades, vaste, très haute, carrelée, dans laquelle les malades ont accès tout le jour. Elle est fermée le soir à 22 heures. Là les pensionnaires trouvent une bibliothèque tenue par l'un d'eux, des jeux divers, de la musique émise par un phonographe et un appareil de T. S. F.

b) *La partie sud* comprend :

Un *rez-de-chaussée* avec :

un atelier de cordonnerie où l'on fait les réparations de chaussures et les chaussons de tresse.

Un atelier de serrurerie.

Un *premier étage* avec :

Logement du surveillant de l'infirmerie.

Logement de la lingère.

Deux chambres administratives destinées à recevoir les personnalités officielles de passage à la colonie.

La maison du Médecin-Directeur située au milieu d'un joli jardin est formée de deux corps de bâtiments : l'un, ancien magasins de la porcelainerie,

l'autre, pavillon construit par le Dr Lwoff. Ces deux maisons sont réunies par un escalier et un couloir vitré.

L'amphithéâtre est un petit bâtiment avec salle d'autopsie, bien comprise.

Enfin les écuries, vastes locaux avec remises et garages pour voitures, sont situées près de l'entrée principale.

Tous ces bâtiments sont construits au milieu d'une vaste propriété de 8.000 mètres carrés dont les terrains sont exploités pour les besoins de la colonie.

L'approvisionnement en eau du centre de la colonie a toujours préoccupé les différents administrateurs.

Jusqu'en 1924, les bains étaient affermés à un habitant du pays qui les donnait dans une maison au bord de la Sologne. Le transport des bains à la colonie a accru les besoins en eau et il a fallu, à l'eau de source, adjoindre un approvisionnement en eau de rivière.

L'eau de source provient d'un puits se trouvant au milieu de la colonie. Il peut fournir 19 à 20 m³ par jour, suffisants pour le besoin de la colonie, moins les bains. Ce puits est muni d'une moto-pompe à pétrole élevant l'eau à un réservoir d'une contenance de 100 m³. Cette eau est potable mais très chargée en calcaire.

L'eau de rivière est amenée à la colonie au moyen d'une moto-pompe électrique installée dans un petit bâtiment situé au bord de la Sologne. Cette eau non potable sert aux bains et à l'arrosage des jardins.

Enfin, la colonie possède trois citernes, recevant l'eau de pluie et munie chacune d'une pompe à main.

Eau de rivière et eau de source sont mises en réserve dans deux grands réservoirs. La base du plus grand sert de buanderie, un séchoir a été construit en 1929.

L'évacuation des nuisances se fait par le système du tout à l'égout. Une fosse septique reçoit les liquides, le champ d'épandage est situé à 1.500 mètres de la colonie.

*
* *

Le personnel actuel de la colonie comprend :

16 agents, qui sont :

Un médecin chef-directeur.

Un médecin assistant.

Personnel administratif :

Un économe (commis principal faisant fonctions).

Un commis aux écritures, attaché à l'Economat.

Un secrétaire de la direction (commis principal faisant fonctions).

Personnel infirmier :

a) Infirmerie de la colonie :

Un surveillant, trois infirmiers.

b) Infirmiers visiteurs :

Un surveillant chargé de la visite des placements d'Ainay.

Un visiteur de Saint-Bonnet et Braize.

Un visiteur de Valignj et Isle-et-Bardais.

Les deux surveillants et les trois infirmiers pos-

sèdent le diplôme d'Infirmier des Asiles de la Seine, les deux autres suivent les cours pour s'y préparer.

c) Infirmiers chargés de service de préposés :

Un cocher ; un jardinier-mécanicien-baigneur.

Personnel des services économiques :

Une femme préposée, chargée du vestiaire et de la couture.

Une préposée chargée de la cuisine.

Ce personnel fait partie du cadre des agents du service de l'Assistance départementale de la Seine. Devant son insuffisance numérique écidente, il a fallu faire appel à un personnel hors-cadres, payé à la journée, recruté parmi les habitants du pays.

Ce personnel hors-cadres comprend :

Bureaux de la Direction et de l'Economat : 2 femmes.

Lingerie-vestiaire : 10 femmes, 1 coupeur.

Buanderie : 1 femme.

Cordonnerie : 1 ouvrier aux pièces, à l'atelier de la colonie ; 2 ouvriers sabotiers aux pièces pour l'annexe de Valigny.

Jardin : 1 journalier pour la culture et remplaçant du cocher.

Infirmerie : 1 homme de journée pour les remplacements pendant les congés.

*
* *

Le service médical est partagé entre le médecin-directeur et le médecin assistant.

Le *médecin-directeur* qui a la surveillance et la

direction générale de la colonie et de ses annexes, assure plus particulièrement la visite médicale quotidienne de l'infirmier, et il se rend au moins une fois par mois dans chacune des annexes.

Le *médecin-assistant* visite tous les jours un certain nombre de placements à Ainay et assure le service de garde, de la pharmacie et du laboratoire.

Au 31 décembre 1931, 168 malades étaient assistés dans le bourg d'Ainay et répartis dans 87 placements.

L'annexe de *Saint-Bonnet*, à cinq kilomètres d'Ainay, village de 1.164 habitants, situé en bordure de la forêt Tronçais, comprend 16 placements et 31 malades. Une maison du pays, appartenant à la colonie, a été aménagée en infirmerie. Ce bâtiment comprend une pièce avec trois lits, le logement du visiteur de placements, et au sous-sol une salle de bains avec une baignoire. Dans la cour, un petit bâtiment sert de salle de réunion pour les malades. Une installation téléphonique relie cette infirmerie au siège central.

L'annexe de *Valigny*, pays de 780 habitants, à 10 kilomètres d'Ainay comprend 42 placements et 69 malades.

Isle-et-Bardais, 646 habitants, à 6 kilomètres d'Ainay comprend 29 placements et 48 malades.

L'annexe de *Braize*, petit village de 363 habitants, à 5 kilomètres d'Ainay comprend 12 placements et 18 malades. Elle relève de l'infirmier-visiteur de Saint-Bonnet.

Les malades arrivent à la colonie par transferts venant directement des asiles de la Seine ou des asiles de Province ayant des malades au compte du département de la Seine.

Après une courte observation à l'infirmerie, ils sont placés chez les nourriciers dans les mêmes conditions que les femmes à Dun-sur-Auron. Les nourriciers doivent être inscrits sur un registre ouvert à la Mairie et présenter des conditions de moralité suffisantes. La chambre doit être assez grande propre et bien aéré. Chauffage et éclairage doivent être assurés en hiver, la nourriture saine et suffisante. La colonie fournit le trousseau, aux nourriciers incombe l'entretien et le blanchissage.

Voici la composition de ce trousseau :

Bonnets de coton	2
Bretelles et ceinture	2
Brides à sabots.....	1 paire
Caleçons	2
Casquettes	2
Chapeau de paille	1
Chaussettes	6 paires
Chausson	1
Chaussures	1 paire
Chemises flanelle	4
Cravates et foulards	3
Gilets de coutil.....	2
Gilets de drap	2
Mouchoirs	6
Pantalons de coutil	2
Pantalons de drap½.....	2
• Pèlerine	1

Sabots	1 paire
Serviettes	3
Tricots coton	2
Vestons de coutil	2
Veston de drap	1

Les placements à deux pensionnaires sont les plus nombreux.

Le tableau suivant renseignera exactement sur le nombre de pensionnaires par placement, au 31 décembre 1932 :

121	placements à 2 pensionnaires
52	» à 1 »
12	» à 3 »
1	» à 4 »

Les nourriciers reçoivent une allocation journalière de 7 fr. 50 par malade. Des primes et gratifications leur sont accordées lorsqu'ils se distinguent par les bons soins donnés aux pensionnaires.

Les malades assistés à Ainay-le-Château ne sont tenus à aucun travail. Cependant près de la moitié s'occupent selon leurs aptitudes, à des travaux divers, pour lesquels ils sont rémunérés. Sur un total de 363 malades, 142 travaillent, les uns, une quarantaine, au compte de la colonie, les autres, une quinzaine, au compte des habitants du pays autres que les nourriciers ; enfin 102 malades s'emploient plus ou moins régulièrement à des travaux de culture, de jardinage, au sciage du bois, etc...

Les pensionnaires qui ne travaillent pas, les autres quand leur besogne est terminée, viennent volontiers à la salle de réunion de la colonie ; là ils trouvent des jeux, de la musique, de quoi lire et écrire à leur famille. Les administrateurs s'efforcent de rendre ce lieu de réunion le plus attrayant possible ; c'est le moyen le plus sûr pour écarter les malades des cafés où ils n'ont que trop tendance à se rendre d'eux-mêmes. Dans la plus grande mesure possible il faut éviter aux malades la tentation de boire de l'alcool, *l'alcoolisme étant le plus gros inconvénient de la colonisation familiale des hommes.*

Les incidents graves sont rares. Les évasions sont relativement peu fréquentes, il y en eut quatre au cours de l'année 1931.

Si pendant son séjour à la colonie un pensionnaire se révèle inadaptable à la vie sociale, si un malade devient indocile, bruyant, menaçant, malpropre, il est réintégré en asile fermé. Les réintégrations se font, en général, à l'Asile Agricole de Chezal-Benoît, quelquefois aussi à l'asile de Moulins et à l'asile de La Charité-sur-Loire.

Les malades sont peu visités, les sorties peu fréquentes ; les raisons sont ici les mêmes que celles exposées dans notre étude sur la colonie de Dun-sur-Auron.

La proportion des décès est faible :.

Par rapport à la population traitée : 3,77 %.

Par rapport à la population moyenne : 4,28 %.

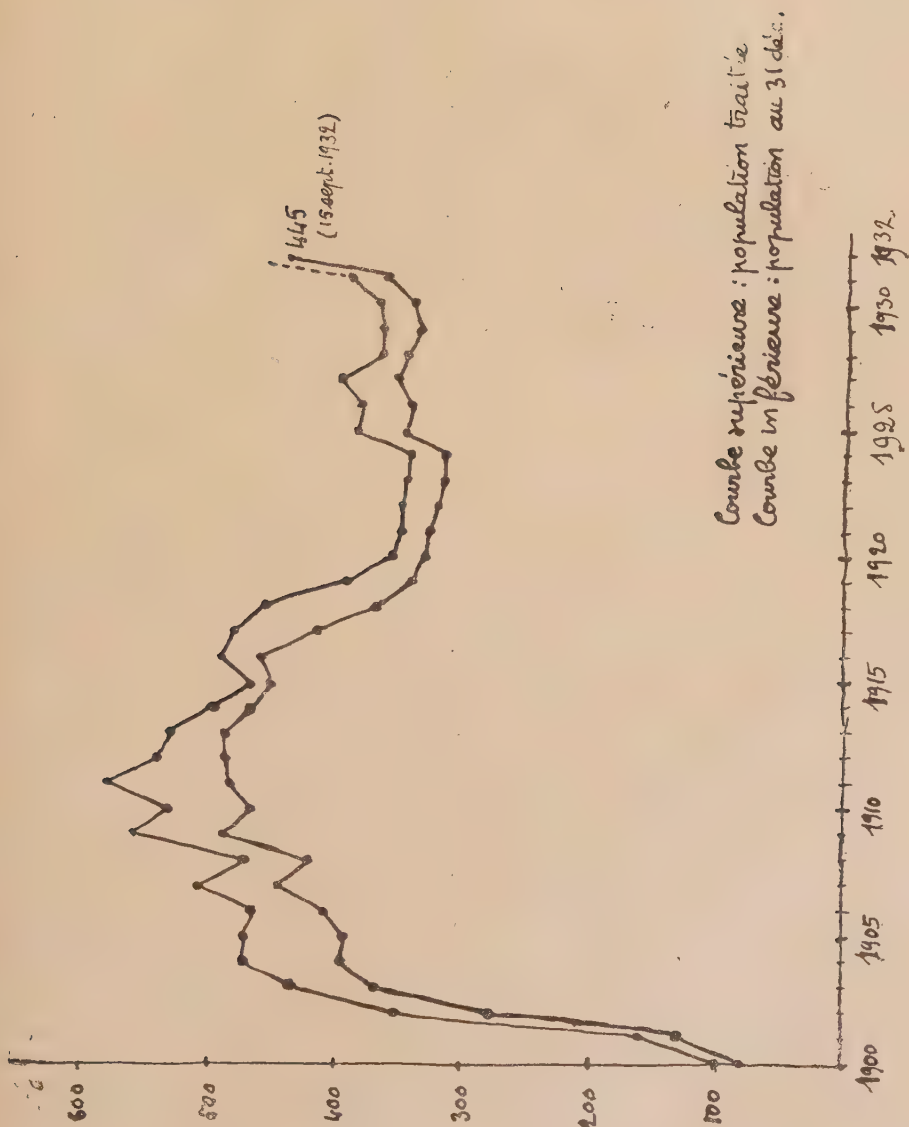
*
* *

La colonie familiale d'Ainay-le-Château, il faut bien le reconnaître, est à l'état stationnaire depuis plus de vingt ans.

Le nombre annuel des entrées est notoirement insuffisant, il ne fut que de 52 au cours de l'année 1931. Nous sommes persuadés que parmi les nombreux aliénés hommes internés dans les asiles de la Seine, une forte proportion pourrait bénéficier du placement familial ; une direction active, des visites fréquentes des médecins de la colonie dans les asiles parisiens pourront remédier à cette pénurie.

D'autre part, il semble que l'intérêt porté à la colonie par les services de la Préfecture, ainsi que par le Conseil Général de la Seine, ne soit pas diminué ; la Colonie vient d'être dotée d'une voiture automobile qui lui était nécessaire et facilitera singulièrement la surveillance médicale des placements (visites, transport des malades, etc.). La Commission de Surveillance, lors de sa dernière visite, en juin 1932, a admis le projet de construire une nouvelle infirmerie de 50 lits dans le parc de la colonie. C'est là un signe qui peut faire bien augurer de l'avenir.

Quoiqu'il en soit, dans sa situation actuelle, la colonie pourrait recevoir rapidement cent pensionnaires nouveaux. Si l'on consulte le mouvement des malades au cours du 1^{er} semestre de l'année 1932, on est heureux de constater que, actuellement, la



colonie est en voie de relèvement numérique : au 1^{er} juin 1932, le nombre des malades présents était de 423 contre 363 au 31 décembre 1932.

A la fin de l'année ce chiffre pourrait fort bien être de 500, effectif non encore atteint depuis le début du fonctionnement de cette institution.

Les demandes de placement se multiplient de jour en jour, la création d'annexes nouvelles reste possible, nous espérons que dans quelques années, cette colonie connaîtra une ère de prospérité et que 700 malades pourront être assistés en placement familial à Ainay-le-Château.

CHAPITRE IV

DE QUELQUES PROBLÈMES COMMUNS AUX DEUX COLONIES

Recrutement des malades Ses difficultés

La prospérité des colonies familiales dépend directement du renouvellement régulier des malades. On pourrait croire que le médecin de colonie n'a que l'embarras du choix parmi les malades aptes à vivre en placement familial, que son rôle se borne à une sélection facile parmi de trop nombreux candidats à Dun ou à Ainay. Il n'en est rien, et bien au contraire, la question du recrutement des malades a toujours été et est encore la source de grandes difficultés. Allant beaucoup plus loin, nous dirons même, qu'il est de toute nécessité d'apporter une solution urgente à ce problème, si l'on ne veut pas voir à bref délai, périlcliter une œuvre qui assure aux nombreux chroniques des Asiles une existence plus libérale et mieux adaptée à leur état mental. A l'heure actuelle où de nombreuses critiques s'élèvent contre l'encombrement des services asilaires,

où l'on entend formuler bien souvent le reproche que l'asile est plus une garderie qu'un hôpital de traitement, ne serait-il pas possible de se tourner vers l'assistance familiale et de rendre à chaque institution son véritable but : à *l'asile*, les *malades aigus*, à *la colonie familiale*, les *chroniques calmes et inoffensifs*, susceptibles cependant d'une réadaptation sociale, et à d'autres institutions les malades qui ne relèvent ni de l'un, ni de l'autre.

La solution de l'encombrement des services n'est pas dans la construction d'asiles nouveaux, tels qu'on les conçoit actuellement, mais dans le remaniement de l'assistance aux aliénés. Nous sommes convaincus, que grâce à l'intelligente activité des médecins des asiles, à leur persévérance opiniâtre, les pouvoirs publics comprendront cette nécessité. Mais ces intéressantes questions sortent du cadre de notre étude, qui est de montrer ce qu'est actuellement le recrutement des malades des colonies familiales et d'essayer d'apporter avec modestie quelques suggestions pour parer immédiatement aux difficultés présentes.

Les malades destinés à être placés dans les familles sont recrutés dans les asiles du département de la Seine situés, soit à Paris, soit dans la banlieue, et dans les asiles de Province ayant des malades hospitalisés au compte de ce département.

De 1892 à 1905, chaque médecin devait choisir dans son service, les malades qu'il jugeait aptes à vivre en colonie. De l'asile, ils étaient transportés à

l'asile Clinique Sainte-Anne, à Paris, et hospitalisés au service de l'admission. Là ils étaient de nouveau examinés sévèrement, et quand le choix était définitivement arrêté, ils étaient dirigés vers le Colonie Familiale.

Le chiffre des entrées par ce moyen était si faible qu'il fallut adopter un autre procédé qui est encore en vigueur.

Chaque semestre, le médecin directeur de la Colonie envoie à ses Collègues du département de la Seine une lettre pour leur demander s'ils ont dans leur service des malades susceptibles d'être placés en famille. Le médecin traitant établit une liste de malades. Le médecin de la colonie, quelque temps après, arrête définitivement cette liste, en ne maintenant, après examen dans le service de son collègue et d'accord avec lui, que les malades qui lui paraissent présenter toutes les garanties d'aptitude à la vie spéciale qu'ils vont mener.

Cette méthode est la seule qui assure un recrutement judicieux de malades susceptibles de vivre en colonie familiale. Le médecin traitant qui voit chaque jour ses malades, connaît leur délire et leurs réactions, est tout indiqué pour faire le premier choix. Le médecin de la colonie, appelé à soigner et à surveiller les pensionnaires, choisis par son collègue et par lui-même, se montrera d'autant plus sévère qu'il connaît les ennuis d'un choix défectueux. Il sait quels soucis entraînera pour lui une désignation de malades qui n'est pas tout à fait scrupuleuse.

Si les listes ainsi établies, grâce à la collaboration du médecin d'asile et d'un médecin des colonies, assurent une excellente sélection, elles n'assurent pas un recrutement très nombreux.

Cependant, cette méthode, la seule logique, devrait assurer des transferts réguliers et assez nombreux pour alimenter le mouvement de la population des colonies familiales. Mais il faut reconnaître que le médecin chef de service, chargé d'établir une liste de malades éprouve de grandes difficultés. Les facteurs en jeu sont multiples et complexes.

Toute question de catégories de malades aptes à vivre en colonie familiale mise à part, le médecin doit vaincre :

1^o *La résistance de la famille*, qu'il doit persuader que l'intérêt du malade est d'aller vivre à la colonie.

2^o *Les sollicitations du personnel* qui lui demande de garder les malades travailleurs ;

3^o *La résistance des malades eux-mêmes*, mal renseignés sur leur future existence, ou même prévenus contre la colonie par le personnel.

4^o Enfin le médecin, reçoit de l'Administration les avis les plus contradictoires. En 1908, le Conseil Général de la Seine, émettait l'avis que dans l'intérêt des malades, aussi bien que dans l'intérêt des finances du département, on choisit pour les colonies, le plus grand nombre de malades aptes à bénéficier du système de l'assistance familiale.

« Nous reconnaissons volontiers que le choix des malades doit être fait avec un soin tout particulier,

que parmi les aliénés, beaucoup ne peuvent être appelés à bénéficier de ce mode d'hospitalisation, mais nous estimons que parmi nos malades placés, tant dans les asiles de la Seine, que dans les asiles de province, il en est encore qui sont aptes à vivre chez des nourriciers. Il résulte d'ailleurs des renseignements qui nous ont été donnés... que les listes des malades proposés par les médecins pour être transférés dans les colonies familiales, subissent du fait de l'Administration Centrale, de fortes réductions. Ce ne sont donc pas uniquement des considérations d'ordre médical qui s'opposent au développement des colonies.

Nous savons bien que l'Administration en accordant le maintien des malades proposés pour Dun ou pour Ainay, se laisse fléchir par les prières des familles et par les recommandations dont elles sont appuyées. Mais l'humanité y trouve-t-elle toujours son compte et l'intérêt du malade n'est-il pas plutôt de bénéficier d'une vie libre à la campagne, où évidemment, il sera moins souvent visité par ses proches, mais où, néanmoins, son genre de vie se rapprochera sensiblement de celui des personnes qui vivent avec lui ?

Nous adressons donc un nouvel appel au concours si dévoué des médecins de nos asiles pour qu'ils s'efforcent de rechercher avec persévérance, parmi les malades confiés à leurs soins, ceux qui peuvent être traités en liberté. Nous nous adressons également à l'Administration pour qu'elle s'efforce de faire

comprendre aux familles qu'il est de l'intérêt bien compris de leurs malades de les laisser bénéficier du séjour dans les colonies familiales ».

En décembre 1909, M. Henaffe, rapporteur des comptes et budgets de l'asile de Maison Blanche, parlant au Conseil Général au nom de la 3^e Commission, disait à propos de la pénurie dans les asiles, de malades ayant une valeur professionnelle : « Les résultats que nous constatons aujourd'hui ne sont pas faits pour dissiper nos appréhensions et nous craignons qu'elles viennent à se réaliser si l'on ne met promptement un terme à une pratique préjudiciable, non seulement aux intérêts des asiles de la Seine, mais même à ceux du département.

Nous admettons évidemment que l'on n'envoie pas dans les colonies des malades incapables ou impotentes, mais de là à priver nos établissements de celles dont les qualités professionnelles peuvent apporter une réelle économie, il y a un écart qu'on ne saurait accepter. Aussi insistons-nous cette année encore auprès de l'Administration pour qu'il soit fait un choix plus judicieux dans la désignation des pensionnaires susceptibles d'être transférées dans les colonies familiales ».

Ainsi le médecin, sollicité par l'Administration, d'accord avec le Conseil Général pour dresser une liste de malades aptes à vivre en colonie, est prié, d'autre part, de ne pas mettre sur cette liste des malades qui sont le mieux disposés à bénéficier du système de l'assistance familiale, c'est-à-dire les aliénés

calmes, inoffensifs, qui désirent quitter l'asile, mais aussi rendent des services à l'établissement dans lequel ils sont internés.

Cette question des malades travailleurs à maintenir à l'asile, pour valable qu'elle soit dans l'organisation actuelle des asiles, n'en est pas moins désolante. N'est-il pas navrant, sous prétexte d'économie budgétaire, de voir séquestrer des malades calmes, inoffensifs, qui désirent leur liberté, et qui pourraient dans les conditions de l'assistance familiale, retrouver une partie, la presque totalité de cette liberté ! N'y-a-t-il pas là « internement abusif » ? Mais là encore nous dépassons le cadre de notre étude.

Pour nous en tenir à l'amélioration du recrutement des malades, nous dirons que les médecins d'asile connaissent mal les colonies familiales et qu'il est une erreur commune à beaucoup d'entre eux, c'est de croire que l'assistance familiale n'est applicable qu'aux malades travailleurs.

A Dun et à A' nay, les malades ne sont pas obligés au travail. Dans les asiles, nombreux sont les aliénés chroniques qui ne travaillent pas et qui pourraient jouir de l'assistance familiale. Par méconnaissance de ce que sont, en réalité, les colonies familiales, les médecins n'osent mettre ces malades sur les listes de transfert. C'est pourquoi il serait nécessaire que l'Administration s'efforce de faciliter aux médecins d'asile chargés du choix des malades, la visite des colonies. Beaucoup d'hésitations tomberaient s'ils

avaient vu ce qu'est la vie des malades au placement familial.

Si dans les asiles de la Seine, les difficultés sont grandes, la tâche du médecin de colonie chargé d'aller dans les asiles de province faire un choix parmi les malades hospitalisés au compte du département de la Seine est extrêmement délicate.

Il ne se heurte pas à l'opposition des malades.

D'une part, le prix de journée étant moins élevé, les malades n'ont pas le même bien-être que dans les Asiles de la Seine, par suite ils désirent davantage leur liberté ; d'autre part, en venant à la colonie ils espèrent se rapprocher de Paris. *Il ne se heurte pas non plus à l'opposition des familles*, car si les visites aux malades avaient été fréquentes, l'administration n'aurait pas pu les hospitaliser en province. Par contre, *il reçoit les récriminations en partie justifiées du personnel et des médecins*. « La plupart des malades, disent-ils, désignées sur la liste pour la colonie étaient, à leur arrivée à l'asile, agitées et difficiles. Actuellement, grâce à nos soins, les voilà calmes et elles travaillent. Au moment où nous espérons en tirer quelque bénéfice vous nous les enlevez ». La question est très complexe, dit le Dr Rodiet, elle ne peut se résoudre que par une entente amiable entre le médecin de l'asile et le médecin de la colonie.

Quelles mesures pourrait-on apporter pour faciliter le recrutement des malades destinés aux colonies familiales ? M. le Dr Rodiet s'est demandé s'il n'y aurait pas lieu de confier à une commission le choix

de ces malades. Cette commission, dit-il, présenterait toutes les garanties possibles de compétence et d'autorité. Elle serait composée de cinq membres :

1^o Le médecin du service désigné pour l'examen des malades aptes à vivre en colonie ;

2^o Un membre du conseil général ;

3^o Un membre de la commission de surveillance ;

4^o Un membre de l'administration ;

5^o Un médecin des colonies.

Ce procédé qui n'a jamais été appliqué, ne nous apparaît pas comme devant donner des résultats meilleurs que ceux obtenus actuellement. Tout d'abord la réunion de cette commission ne pourrait se faire fréquemment, ensuite il faudrait qu'elle se transporte dans les différents services des asiles de la Seine, enfin le rôle principal ne serait-il pas toujours joué en premier lieu, par le médecin du service qui, auparavant aurait choisi les malades qui paraissent les plus aptes à bénéficier du placement familial, et en deuxième lieu, par le médecin de la colonie, seul qualifié pour prendre la responsabilité de tel ou tel malade. Aussi les autres membres, par incompetence médicale et par courtoisie, s'inclineraient devant les avis des deux médecins et jugeant leur présence inutile, s'abstiendraient de venir, laissant toute latitude aux médecins pour décider. N'est-ce pas ce qui existe actuellement ?

Le médecin traitant doit rester seul juge des malades aptes à vivre en colonie. Un certain progrès serait peut-être réalisé si chaque médecin, chef de service,

pouvait envoyer à la Préfecture un état trimestriel des malades aptes à vivre à Dun ou à Ainay. Comme auparavant, les listes définitives seraient établies grâce à la collaboration des médecins d'asile et d'un médecin des colonies. Le recrutement des malades pourrait ainsi devenir régulier, automatique. De cette façon, le médecin de la colonie ne risquerait pas de se présenter dans un service où comme cela se voit trop fréquemment encore, aucune liste n'aurait été préparée. Pour ne pas quitter l'asile sans malade, il est obligé de se soumettre à la bonne volonté d'un surveillant ou d'une surveillante, qui, parfois même, lui disent de revenir. Cet état de chose ne devrait plus exister.

Quelquefois, le désencombrement oblige à évacuer rapidement dans des asiles de province, un grand nombre de malades. Les médecins de colonie devraient être prévenus de ces transferts, et invités, à venir voir, si parmi ces malades, certains ne seraient pas susceptibles de bénéficier du système d'assistance familiale.

Enfin, bien souvent, les familles s'opposent au départ de leurs malades en colonie, parce qu'elles ignorent ce qu'est la colonie. Il est légitime que le médecin n'arrête pas son choix sur des malades visités régulièrement, bien que souvent, dans ce cas, la famille fasse passer sa satisfaction avant l'intérêt du malade. Les listes sont établies d'après la fréquence des visites. Or, il arrive souvent que des malades non visités ou très peu visités, sont empêchés de partir.

Un parent, à qui il ne sied pas, pour des raisons inconnues, de voir le malade quitter l'asile, va à la Préfecture, muni de recommandation, et contre l'avis du médecin, le malade est maintenu à l'asile.

Dans les cas où les malades sont peu visités et pratiquement abandonnés, on ne devrait avoir aucune considération pour la volonté d'une famille qui s'oppose à l'envoi d'un parent aliéné dans une colonie. Si le médecin a jugé que le véritable intérêt du malade est de quitter l'asile, la famille doit, ou bien reprendre son malade et lui assurer les soins convenables, ou bien laisser le médecin et l'Administration libres d'apprécier le meilleur parti à prendre dans son propre intérêt.

Un autre moyen pourrait être employé. Dès qu'une sélection serait établie et que les désignations seraient faites, elles devraient être absolument maintenues, quelles que soient les influences que l'on ferait agir, ou alors exiger de ceux qui s'opposeraient au placement familial, le paiement à l'asile du prix de pension.

M. le Dr Pasturel, préconise un moyen pour faciliter à la fois le recrutement et le désencombrement des colonies d'Ainay et de Dun : l'utilisation plus rationnelle de l'asile de Chezal-Benoit. Nous lisons dans son rapport : « Cet asile ouvert quelques années avant la guerre était jusqu'ici réservé exclusivement à des malades hommes susceptibles d'être occupés aux travaux des champs.

Les services généraux de cet asile, ateliers, cuisine, buanderie, machinerie, ferme, ont été installés pour pourvoir à une population hospitalisée de 1.200 ma-

lades ; les terrains de culture permettent d'ailleurs un tel développement.

Actuellement, l'asile compte une population de 400 unités environ. C'est 800 places toutes trouvées, si l'on consentait à construire un certain nombre de pavillons sur le terrain disponible de l'établissement.

Chaque pavillon pourrait contenir 60 lits. En évaluant à 18.000 francs le lit, la somme consacrée à chaque pavillon serait de un million en chiffres ronds. Si l'on voulait, par exemple se limiter à dix pavillons, le coût total serait de dix millions. La somme est évidemment d'une certaine importance mais minime, si on la compare aux dépenses qu'entraînerait la construction d'un nouvel asile de 1.000 malades environ et qui s'élèveraient sans doute à une quarantaine de millions.

Il n'y a pas que des avantages pécuniaires que procurerait l'extension de cet asile, il y aurait encore des avantages très appréciables pour le fonctionnement des colonies familiales de Dun-sur-Auron et Ainay-le-Château.

Je m'explique : L'asile de Chezal-Benoît qui ne comprend actuellement que des hommes, comprendrait à l'avenir des femmes, en proportion sensiblement égale. Il deviendrait comme la plupart des asiles, bisexué. Il conserverait son affectation actuelle de préférence aux malades chroniques, tranquilles ou demi-tranquilles, susceptibles d'être occupés en grande partie. Il servirait, en quelque sorte, de stade intermédiaire entre les asiles de la Seine

proprement dits et les colonies. Les malades, après un temps de séjour plus ou moins long dans cet asile, selon les nécessités de leur observation, pourraient être dirigés, s'il s'agit de femmes, sur la colonie de Dun, et, s'il s'agit d'hommes, sur la colonie d'Ainay-le-Château.

D'autre part, les colonies pourraient, à leur tour, envoyer à Chezal-Benoît les malades difficiles ou inadaptables, ne pouvant plus vivre en placement familial, au lieu de les transférer dans des asiles de province plus ou moins éloignés qui ne les acceptent que selon leurs disponibilités.

L'asile de Chezal-Benoît deviendrait ainsi un centre à la fois collecteur et régulateur.

Enfin cet asile étant achevé et devenant complet, aurait deux postes de médecin-chef que les titulaires éventuels occuperaient beaucoup plus facilement, sûrs de se remplacer mutuellement, tandis qu'en l'état de choses actuel, le directeur-médecin de l'établissement est obligé d'avoir recours à un collègue voisin, dès qu'il veut prendre un congé ou s'absenter pour un autre motif.

L'agrandissement, tel que nous le comprenons, de l'asile de Chezal-Benoît, loin de contrarier l'extension des placements familiaux, la favoriserait.

Dans tous les cas, il serait un auxiliaire important de plus à ajouter aux colonies pour le désencombrement des asiles de la région parisienne ».

En résumé, il nous semble que si ces mesures étaient appliquées, d'une part, le recrutement des malades

pour les colonies familiales serait assuré d'une façon plus régulière et d'autre part, des malades aptes à bénéficier du placement familial ne seraient plus envoyés dans les asiles de province, ou maintenus dans ceux de la Seine. On éviterait aux malades un voyage inutile, de Paris à l'asile de province et de cet asile à Dun ou à Ainay. L'Administration réaliserait sur les frais de déplacement une économie appréciable.

Le régime légal des aliénés en France et les colonies familiales

Les conditions d'assistance des aliénés en France sont déterminées par *la loi du 30 juin 1838*. C'est une loi de police, de protection et d'assistance. Au moment de sa promulgation elle apparaissait comme un progrès immense devant satisfaire pleinement les esprits inquiets du sort malheureux des malades de l'esprit.

L'article premier de la loi, traite des établissements dans lesquels doivent être hospitalisés les aliénés. Rapidement, avec les progrès de la nosologie psychiatrique, on s'est aperçu que tous les malades indistinctement, ne peuvent pas être traités dans les mêmes établissements. La séquestration, nécessaire pour beaucoup d'entre eux, est apparue insuffisante, inutile, voire même nuisible pour certains. C'est ainsi

que les chroniques calmes, inoffensifs, peuvent bénéficier d'un régime plus large que le placement à l'asile. L'assistance hétéro-familiale telle qu'on la pratiquait en Belgique et en Écosse, apparaissait comme répondant utilement à cette catégorie de malades. *La loi du 30 juin 1838 ne prévoit pas le placement des aliénés à la Colonie familiale.*

Pour parer à cette insuffisance de la loi, de nombreux projets de révision ont été élaborés, beaucoup ont été discutés, mais aucun n'a encore abouti.

La question des colonies familiales depuis longtemps discutée dans les milieux psychiatriques, reçoit sa première consécration officielle au Sénat, le 20 mai 1884, dans le rapport par Théophile Roussel, au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838.

Dans le préambule de ce rapport, on trouve une longue étude détaillée du fonctionnement de la Colonie de Gheel, mais rien concernant l'application d'un tel système en France. Si on peut lui adresser le reproche de n'avoir pas formulé une conclusion tendant à la création d'une colonie familiale en France, il faut cependant reconnaître qu'il a eu le mérite d'attirer l'attention sur un système d'assistance appliqué aux aliénés et de susciter la curiosité des pouvoirs publics.

En 1890, lorsque le Dr Marie conçut le projet d'appliquer aux aliénés le système de l'assistance familiale, il trouva devant lui un obstacle apparemment insurmontable, la loi du 30 juin 1838. Mais les lois ne

sont-elles pas faites pour être tournées ? C'est ce qu'il fit, voici comment :

En parcourant les vieux dossiers administratifs de la Colonie de Gheel, il eut la chance d'y trouver une chose qui lui servit puissamment. Cette chose inattendue n'était rien moins que la signature de Napoléon I^{er}. L'Empereur avait vu cette Colonie ; comme il lui fallait de la place dans les hôpitaux, il avait dit : « Envoyez tous les aliénés de Bruxelles dans cette colonie, j'ai besoin de places pour mes soldats blessés ».

C'est ainsi que Napoléon I^{er}, sur le rapport de ses préfets de la Lys et des deux Neythes ; MM. d'Herbouville et de Pontécoulant, avait en 1814, consacré, développé et régularisé administrativement la colonisation familiale de Gheel.

Les législateurs de 1838 avaient oublié d'annuler ces créations. Ce fut ce précédent administratif qui servit au Dr Marie, auprès du Ministre de l'Intérieur en 1890.

En 1894, la préfecture put obtenir de M. Loubet, alors ministre, l'autorisation de créer à Dun-sur-Auron, une Colonie analogue à Gheel. Il autorisa à sortir cent par cent les aliénés dont le maintien à l'asile ne se trouvait pas justifié.

Une fois à Dun, les malades assistées échappaient à la loi de 1838 et n'étaient plus sujettes aux règles de l'internement. Cette situation des assistées dura peu de temps, car bientôt surgirent des difficultés de par le fait de cette émancipation et rapidement apparut la nécessité de faire rentrer les pensionnaires dans

le giron légal. *En vertu d'une décision ministérielle du 28 février 1896, la colonie a été assimilée à un asile public et est tombée sous la loi de 1838.* Les malades déjà placées furent réinternées en bloc sur le papier.

Cette mesure était nécessaire, d'une part pour légitimer les imputations budgétaires et d'autre part pour assurer la continuation légale de la gestion des biens de ces malades démentes incapables de faire en connaissance de cause acte civil.

Les colonies familiales, à partir de cette date étaient reconnues officiellement sans toutefois être mentionnées dans la loi. La nécessité de la reconnaissance légale est apparue à tous ceux qui se sont occupés de la question de la révision de la loi de 1838, car depuis le fonctionnement du système familial en France, tous les projets de loi comportent, un paragraphe au sujet de ce mode d'assistance.

Le 19 février 1894 Ernest Lafon rapporta à la Chambre une proposition de Georges Berry tendant à placer dans les familles, les déments séniles, les idiots et les gâteux. La délibération de la Chambre, retardée pour des motifs divers, fut sollicitée à nouveau par la proposition et par le rapport de Fernand Dubief en 1898.

Le 23 décembre 1898, Fernand Dubief, déposa devant la Chambre un rapport au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi, relative au régime des aliénés. Il est dit dans le préambule de ce rapport : « Quant aux aliénés inoffensifs et aux gâteux qui encombrement nos asiles rien ne nous a semblé

plus désirable que d'autoriser le placement familial. L'expérience faite dans le Cher à Dun-sur-Auron, par le Département de la Seine, et qui a si pleinement réussie est concluante, et l'institution des colonies familiales trouve dans notre texte sa formule légale ».

Ce texte se trouve au *Titre premier* de la proposition de loi, *section première*, traitant « des établissements destinés au traitement des maladies mentales », *Article 2, paragraphe 6* :

« Les départements sont autorisés à créer suivant les besoins des colonies familiales pour les aliénés qui y sont envoyés après un séjour d'observation dans les asiles.

Les colonies familiales seront confiées aux soins des médecins appartenant au service des aliénés.

Les départements pourront organiser l'assistance à domicile des aliénés sous les conditions de placement prévues par la présente loi ».

Cette proposition de loi fut renvoyée et dans les milieux officiels il n'est plus question de colonie familiale jusqu'en 1906.

En octobre 1906, dans une circulaire, Clémenceau, alors Ministre de l'Intérieur, envisageant la question du désencombrement des asiles, parlait des malades qui pourraient sortir.

« Ceux qui pourraient sortir, disait-il, sont les aliénés non complètement guéris, mais n'ayant plus besoin de soins spéciaux, et que le médecin en chef estime pouvoir être placés, non seulement sans aucun danger, mais encore utilement, auprès d'une famille

de braves gens où ils trouveraient une surveillance suffisante, en même temps que des conditions d'existence matérielle et morale moins pénibles ».

Le 12 juillet 1912, M. Paul Strauss, sénateur, dépose au Sénat, un rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi, adoptée par la Chambre des Députés, relative au régime des aliénés. *Titre premier, section première, article 3 :*

« Les départements sont autorisés à créer des colonies familiales ».

Dans le commentaire de cet article, M. Strauss s'exprime ainsi : « Il importe de généraliser davantage le système des colonies familiales dont Gheel est le premier et le plus célèbre exemple ».

Cette proposition de loi ne fut pas adoptée par le Sénat et la guerre de 1914-1918 remit tout en question.

Le 11 janvier 1924, M. Strauss, ministre de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, dépose de nouveau devant le Sénat un projet de loi. *Article 2 de la proposition de Loi.*

« Les départements sont autorisés à créer des colonies familiales. »

Le projet ne vint jamais en discussion..

Enfin le 7 juillet 1928, M. Strauss, sénateur, dépose devant le Sénat un rapport au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi portant

modification de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.
Titre 1^{er}, Article 2.

« Les départements sont autorisés à créer des colonies familiales ».

Dans le commentaire de cet article, M. Strauss vante les avantages de ce mode d'assistance, infiniment plus doux pour le malade, infiniment plus ménager des ressources publiques.

Telle est également l'opinion de M. le Président Michel. « Il y aurait intérêt pour les malades et pour ceux à qui incombent les dépenses de l'entretien des aliénés, à multiplier autant que possible, les colonies comme celles de Dun-sur-Auron ou Ainay-le-Château, les grands asiles se trouvant ainsi déchargés d'une quantité de malades non dangereux, mais hors d'état de se conduire convenablement dans la vie normale et de subvenir à leurs besoins. Ce serait la réalisation du vœu jadis exprimé par le grand aliéniste Magnan ».

Ce rapport, renvoyé, pour avis, à la commission des Finances et à la commission de Législation civile et criminelle vint en discussion au Sénat le 10 novembre 1930.

Deux longues séances furent consacrées à cette discussion, celle du 20 novembre 1930 et celle du 3 mars 1931. Au cours de la première séance, M. Mauger, sénateur du Cher, intervint pour montrer les avantages du placement familial, mais aussi la nécessité pressante de reconnaître aux colonies familiales, une

existence légale. Il rappelle l'histoire de la création des colonies, et en quelques mots en expose le fonctionnement et les conditions d'existence des malades : « Malheureusement, dit-il, cette œuvre a dû être faite en marge de la loi. La loi de 1838 ne permet pas de mettre hors l'asile, en liberté, les aliénés placés sous le couvert de l'internement et sous la surveillance des médecins. Il a fallu qu'un ministre de l'Intérieur, M. Loubet... prit sur lui de donner l'autorisation au département de la Seine de tenter cette expérience.

C'est sous le couvert d'une simple lettre ministérielle que depuis trente-huit ans cette expérience est faite. Il y a à l'heure actuelle dans la commune où j'habite plus de 1200 aliénées femmes placées dans les familles. Il y en a un nombre important dans les environs. Il y a plus de 400 aliénés hommes placés dans les mêmes conditions à Ainay-le-Château. Mais tout cela fonctionne, je le répète, en marge de la loi.

... J'aurais pu vous entretenir longuement des résultats moraux qui ont pu être obtenus... L'expérience n'a donné aucune espèce d'inquiétude à un titre quelconque... Cette expérience doit guider le législateur, lui permettre de sauvegarder en même temps les intérêts de ces malades et de constituer des colonies familiales. On ne peut pas imposer, du moins, je le crois, à ces malades ou à ceux qui en ont la charge, les mêmes obligations qu'à ceux qui ont la charge de malades internés. Il faudra aussi déterminer, soit par décrets ou arrêtés, sous quelle

forme et dans quelles conditions peuvent et doivent fonctionner les colonies familiales.

Il ne faut pas non plus que ces malades se croient, en vertu de la loi que nous allons voter, en état de liberté absolue au point de vue de leurs droits civils ou politiques. s'il s'agit des hommes, sinon vous apercevez ce qui pourrait se produire. Nous avons vu quelques cas. Des hommes sont venus d'une façon très nette nous dire, par exemple, au moment des élections : « Puisque nous sommes en liberté, et puisque personne ne peut nous interner, puisque vous nous avez laissés libres, nous avons le droit de vote, et nous voulons voter ! » Et l'on a même vu, chose très curieuse, qu'en vertu d'une décision prise par les Tribunaux administratifs, ceux qui réclamaient dans ces conditions ont eu gain de cause (1). Cependant, ils n'avaient pas été mis en liberté effective ; ils étaient dans un périmètre déterminé que l'on avait, dans ces conditions on peut dire spéciales, considéré comme le périmètre de l'asile et qui s'étendait à des communes entières.

Il conviendrait donc de noter, dans la loi, d'une manière très précise, les conditions dans lesquelles les colonies familiales devront et pourront fonctionner au mieux des intérêts de tous ».

Le projet de loi a été renvoyé pour examen complémentaire à la Commission Gouvernementale et

(1) Voir RAYNIÈRE et BEAUDOUIN, *L'aliéné et les asiles d'aliénés*, p. 615.

on attend actuellement le rapport supplémentaire de M. Strauss, qui espérons-le, viendra en discussion à une session prochaine.

En résumé, depuis 1892, les projets successifs de révision de la loi du 30 juin 1838, comportent tous un texte reconnaissant l'existence légale des colonies familiales.

L'expérience tentée par M. Aug. Marie a prouvé que l'assistance aux aliénés dépasse largement le cadre des Asiles et que de nombreux malades peuvent être traités et assistés en placement familial. Le département de la Seine, en avançant heureusement la révision de la loi de 1838, a imposé en France ce système d'assistance aux aliénés. Il est permis de penser que si les autres départements n'ont pas suivi cette voie, ce n'est pas tant par désintérêt que par l'absence de règlements d'administration publique déterminant les conditions d'organisation, de fonctionnement et de surveillance des colonies familiales. Nous sommes convaincus que la reconnaissance légale prochaine de ces institutions, permettra aux départements de sortir de leurs asiles de nombreux pensionnaires susceptibles d'être assistés dans des conditions à la fois plus libérales et plus économiques.

Responsabilité et Colonies Familiales

La liberté dont jouissent les malades placés en

colonie familiale pose pour ceux qui les assistent et sont chargés de les surveiller, le grave problème de la responsabilité. Cette vie libre mais avec surveillance médicale active et continue, n'implique nullement la responsabilité civile et pénale, telle du moins qu'elle a été discutée pendant ces dernières années pour les aliénés en liberté ou en cours de sortie d'essai, et pour les personnes en ayant la charge.

L'article 54, du projet de loi portant modifications de la loi du 30 juin 1838, présenté au Sénat en 1928 par M. Strauss, est suffisamment clair pour ne permettre aucune assimilation avec les malades assistés en placement familial.

En voici le texte :

Article 54

« Les aliénés encourent la responsabilité civile édictée par les articles 1382 et suivants du Code Civil pour les actes commis par eux en dehors de l'établissement d'internement.

Les engagements souscrits par eux dans la même situation pourront être annulés conformément aux articles 508 et 1104 du Code Civil.

La responsabilité des personnes, qui en vue d'obtenir la sortie d'essai ou la sortie définitive d'un aliéné interné, auront assumé sa garde ou sa surveillance, peut être recherchée en vertu des articles 1382 et suivant du Code Civil, soit par les tiers, soit par l'aliéné lui-même. »

Les pensionnaires des colonies familiales ne sont

pas en sortie d'essai et ne sont pas non plus en liberté, telle du moins qu'on l'entend généralement, c'est-à-dire sortis définitivement de l'asile et pouvant disposer librement d'eux-mêmes.

L'arrêté ministériel du 28 février 1896 assimile les colonies familiales aux asiles publics, et en quelque sorte à des établissements d'internement. Etablissements bien singuliers, à la vérité, puisque les malades loin d'être isolés de la société, sont au contraire en contact permanent avec une population normale. On peut se demander, dans ces conditions, quelle serait, en cas de crime ou délit commis par les malades, la part de responsabilité qui incomberait, d'une part, à ceux chargés de les surveiller et, d'autre part, aux médecins et à l'administration. En abordant des questions aussi délicates, nous n'avons nullement la prétention de résoudre des problèmes de droit civil et criminel qui dépassent notre compétence. Nous voudrions seulement insister sur ce fait que rien ne doit être négligé pour éviter tout incident entre les malades et la population, que la première condition est de ne pas envoyer en colonie familiale des malades susceptibles de réactions antisociales et que si par hasard un pensionnaire commet une action préjudiciable, l'administration doit s'efforcer de régler le litige à l'amiable, sans intervention des tribunaux. *A moins de faute lourde évidente, la responsabilité des agents de l'administration ne doit pas être mise en jeu.* Comme le dit le Docteur MARIE : « La vogue des colonies serait vite compromise si l'on

voyait prévaloir, en droit et juridiquement, la théorie de la responsabilité pénale et civile des agents de l'administration et de l'administration même ».

Il n'est pas un médecin qui se risquerait à désigner un malade pour l'assistance en famille si les tribunaux le rendaient garant des écarts toujours possibles de la part des malades.

En matière d'assistance familiale la faute lourde pourrait être invoquée contre un médecin si, en cas de suicide ou d'un acte de violence, il pouvait être prouvé que malgré les rapports des nourriciers ou des surveillants, le médecin a maintenu en placement un malade à idées de suicide très actives ou en état d'agitation extrême. Ceci n'est évidemment qu'une supposition car rien de semblable ne s'est jamais produit depuis la création des colonies familiales en France.

De leur côté les nourriciers sont invités à signaler scrupuleusement aux médecins et aux visiteurs de placements tout ce qui pourrait leur paraître anormal dans le comportement habituel des malades dont ils ont la garde.

L'article 35 du règlement général de la colonie familiale, leur rappelle qu'un fléchissement dans la surveillance des pensionnaires, qu'une négligence de leur part, pourrait entraîner pour eux des conséquences graves :

Article 35

L'Administration rappelle aux nourriciers qu'en toutes

circonstances, tels que délits, dégâts commis et dommages occasionnés par les pensionnaires dont ils ont la garde, ils assument les responsabilités qui en découlent proportionnellement à la négligence qu'ils ont pu apporter à la surveillance des malades à eux confiés.

Il est bien évident, qu'à moins de faute trop grave, ce règlement ne saurait être appliqué. La responsabilité des nourriciers ne peut être recherchée pour les petits incidents, tels que maraudage, délits de pêche, etc... S'il en était autrement, des protestations nombreuses s'élèveraient et rapidement les nourriciers rendraient à l'administration les malades qui leur avaient été confiés : ce serait la faillite des colonies familiales. Enfin la plupart sont de pauvres gens contre lesquels aucune action en réparation de dommage ne pourrait être intentée.

En résumé, nous dirons une fois encore, qu'à *moins de faute lourde, très grave*, aucune action judiciaire, basée sur la recherche de la responsabilité, ne saurait être intentée contre un médecin ou un nourricier, en cas de préjudice causé par un malade assisté en placement familial.

L'article 1382 du Code Civil dispose :

« Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

Il nous paraît que cet article règle la question : si aucune faute n'a été commise, il n'y a aucun re-

cours possible contre les nourriciers, ni contre l'administration de la colonie, l'aliéné placé en colonie, assimilé actuellement à un malade interné, étant irresponsable, et les conséquences dommageables que pourrait avoir sa présence dans la commune ne pouvant être imputées au nourricier ni à la direction, aussi longtemps qu'ils ne sont pas en faute.

Ce serait cependant une injustice trop grande si l'administration ne réparait pas les dommages causés par la faute des malades. En général, tout se règle à l'amiable par indemnisation directe de la victime sans intervention judiciaire. Chaque incident mérite un examen particulier : on ne saurait proposer une solution générale.

Avec le docteur MARIE, nous terminerons en disant : « C'est une question de fait qui doit être résolue suivant les circonstances et qui ne comporte pas une solution de principe ».

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE DU PLACEMENT FAMILIAL

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE CHOIX DES MALADES APTES A BÉNÉFICIER DE L'ASSISTANCE FAMILIALE

Dans la précédente étude, nous avons appris à connaître ce qu'est l'organisation actuelle de l'assistance familiale. Nous avons décrit l'existence de l'aliéné à la colonie familiale, existence qui se résume dans la formule « *Vie libre mais avec surveillance médicale active et continue* ». Si nous avons parlé des malades, des conditions qui leur étaient offertes, nous avons laissé dans l'ombre tout ce qui avait trait aux formes de maladies mentales auxquelles ils appartenaient, et les conditions qu'ils devaient remplir pour pouvoir être envoyés à la

Colonie familiale, nous réservant de le faire dans une étude d'ensemble.

Cette liberté même, qui est le principe de l'assistance familiale est la raison qui doit entraîner un choix judicieux des sujets aptes à vivre dans les familles. Du choix judicieux des pensionnaires dépend la prospérité de la Colonie.

Le système de l'assistance familiale, appliqué aux aliénés, a 40 ans d'existence. Il a fait ses preuves, il n'est pas question de le discuter ici.

Néanmoins, si l'expérience a montré que ce système est possible, le choix des malades auxquels il peut être appliqué doit rester soumis à certaines règles.

Il est tout d'abord des conditions générales que doivent remplir les malades et ensuite des conditions particulières à chaque forme mentale ; dans ce premier chapitre nous n'envisagerons que les premières.

L'état général des futurs pensionnaires doit être satisfaisant. Il faut qu'ils soient capables de jouir de la liberté qui est le grand avantage de la colonie, mais il faut qu'ils ne soient pas disposés à en abuser ; il ne convient donc pas d'envoyer des malades cherchant habituellement à s'évader.

Tout malade dangereux doit être écarté, c'est-à-dire tous ceux qui sont susceptibles de se livrer à des actes antisociaux. *Le calme habituel est demandé*, il faut qu'ils ne soient pas une cause de trouble pour l'ordre public, que par leurs gesticulations bizarres,

leurs attitudes excentriques, leur tenue indécente, ou simplement négligée ou extravagante, ils n'attirent pas d'une manière déplaisante l'attention des habitants. Doivent être aussi éliminés ceux qui dans leur langage tiennent des propos grossiers, orduriers, ou insultants. Des pensionnaires de mauvaise tenue, grossiers, voleurs, découragent vite les nourriciers, leur causent des difficultés avec les voisins et, à la longue, tout un coin du pays sera hostile aux malades.

Tout à fait au début de l'application du système, on n'admettait à Dun que des femmes âgées, calmes, tranquilles, sociables, non déliantes, simplement affaiblies intellectuellement, et à Ainay que des hommes âgés de plus de 60 ans. C'était une mesure prudente. Il fallait que ce choix fut sévère pour acclimater la population au contact des pensionnaires.

C'était là une règle fondamentale pour la création d'une colonie, n'admettre au début que des malades tranquilles, propres, de bonne tenue, valides, ayant le caractère sociable et susceptibles de rendre quelques services aux habitants.

On ne s'est pas limité longtemps à cette catégorie de malades et actuellement on est loin des quelques déments simples des premières années.

La pratique a démontré que *l'âge seul n'est pas une garantie suffisante*. Un aliéné ayant dépassé la soixantaine, un dément sénile, peuvent aussi bien devenir excités, violents, dangereux et inaptes à

jouir de la liberté que les aliénés plus jeunes. Parfois, les malades relativement jeunes ne créent pas plus d'embarras que les malades âgés ; convenablement choisis, ils sont aussi faciles à placer dans les familles que ceux-là. Tout dépend de l'individualité du malade et de la manière dont il réagit et manifeste son délire et les déficiences de son état mental dans son nouveau milieu. L'expérience a montré que *l'âge le plus favorable est entre 40 et 60 ans*. Pour les femmes, à la considération d'âge est liée la question de l'activité génitale. Une femme jeune non réglée pourra être aisément désignée pour la colonie, tandis qu'une femme de 25 à 30 ans, normalement réglée devra, avant son départ de l'asile faire l'objet d'une étude toute spéciale du point de vue de son érotisme et après son placement être l'objet d'une surveillance particulière. Pour en terminer avec cette question de l'âge, nous dirons que la limite d'âge habituellement imposée au médecin dans le choix des malades, ne doit pas être une mesure absolue, intransigeante, mais par contre, il est de toute nécessité de n'envoyer à la Colonie les malades qu'après une observation prolongée, *au minimum après un séjour de 6 mois dans un asile fermé*.

Ceci permet aux médecins des asiles de se livrer à une étude complète du malade, de son caractère, de ses habitudes, de son individualité, étude qui seule permet de dire si le malade peut être envoyé dans une colonie familiale sans danger. Cette méthode permet d'éviter dans la plus grande mesure

possible des incidents regrettables, tels qu'homicides, qui ont eu lieu à la Colonie de Gheel où le placement direct est admis.

Le meilleur juge de la sortie du malade de l'asile, en vue d'un placement familial, c'est donc le médecin traitant, qui, grâce à une longue observation connaît parfaitement les malades confiés à ses soins.

Ces considérations font comprendre que la véritable sélection doit se faire par l'observation. Avant de laisser un aliéné en liberté, il faut connaître sa personnalité avec ses extériorisations, ses tendances sociales, son délire, la manière dont il agit et réagit, la façon dont se combinent, s'amalgament ses idées délirantes avec les manifestations de sa vie extérieure.

On serait porté à penser que depuis la fondation des Colonies familiales en France, l'expérience ait fait connaître quelles étaient les affections mentales compatibles avec la vie familiale. Le Docteur TRUELLE disait avec raison : « *Il n'y a pas de maladie mentale qui soit exclusive de la Colonie familiale, il y a seulement des malades qui en sont exclusifs* ».

Si on étudie, en effet, les statistiques des malades traités et entrés à Ainay et à Dun pendant les six dernières années, on voit que la plupart des formes cliniques des maladies mentales sont représentées dans les colonies.

Et si, demande-t-on, dans quel groupe il faut aller chercher de préférence les malades à envoyer en Colonie familiale, alors avec le docteur Lwoff on dira

qu'il semble, qu'en se tenant strictement aux nécessités de l'assistance familiale, on pourrait distinguer deux grandes catégories :

1^o Les malades qui présentent des idées délirantes et des troubles sensoriels multiples, des délires systématisés de tout genre et qu'on peut considérer comme des symptômes et des syndromes se rattachant à des psychoses diverses aiguës ou chroniques, en voie d'évolution.

Nous les désignerons sous le nom de délirants.

2^o Tous les affaiblis intellectuels, que l'affaiblissement soit congénital comme chez les idiots, les imbéciles et les dégénérés en général, ou bien qu'il soit acquis, sénilité, démence vésanique consécutive aux psychoses et aux intoxications diverses. Les idées délirantes et les troubles sensoriels se rencontrent sans doute très souvent dans ce groupe, mais ils ne jouent là qu'un rôle tout à fait secondaire, et n'envahissent pas le champ de la conscience, ne forment pas le caractère prédominant de la mentalité du malade, comme chez les délirants, et ne deviennent que rarement les causes déterminantes de leurs actes.

Au point de vue pratique, le seul qui nous intéresse ici, les délirants présentent deux groupes bien distincts :

1^o Ceux dont le délire reste presque entièrement dans le domaine intellectuel ;

2^o Ceux dont les idées délirantes se transforment plus ou moins en actes.

On sait que toute idée à une tendance à se transformer en acte, mais cette tendance est souvent très faible, et le mouvement qui lui succède est à peine ébauché, non perceptible. Aussi des idées multiples et variées peuvent germer dans le cerveau sans se manifester en dehors, alors qu'une seule, peut, aussitôt conçue, donner lieu à une série d'actes. C'est là, au fond, ce qui distingue l'homme d'action du rêveur. On retrouve encore cette différence chez les aliénés. Un délire très actif, des idées délirantes multiples peuvent ne pas se faire jour au dehors entièrement ou bien avoir la parole pour unique manifestation extérieure.

Par contre, une seule conception délirante, ou un manque d'équilibre psychique sans délire apparent peut donner lieu à une série d'actes déraisonnables et dangereux ; c'est ce qu'on désigne sous le nom de délire des actes. Mais qu'il s'agisse d'un délire des actes type ou d'un trouble mental chez un malade très agissant, cherchant à appliquer dans la vie courante toutes ses conceptions délirantes, on se trouve en présence d'un aliéné qu'il serait impossible de placer dans une colonie familiale.

Pour les délirants, il n'y a qu'un critérium de capacité à vivre en colonie familiale, c'est l'*aptitude aux réactions*, en prenant ce mot dans le sens le plus large.

Chez les malades dont le délire se cantonne dans le domaine intellectuel, la colonisation familiale est toute indiquée.

Dans le choix des malades, en dehors de toute

considération de délire doit entrer un élément d'appréciation particulier : le caractère. De la connaissance du caractère on appréciera tout naturellement, *le degré de sociabilité*. Cette étude du caractère prendra une importance toute particulière chez les femmes. Dans cette vie nouvelle, avec cette liberté plus grande, dans ces contacts continuels avec une population un peu fruste, aux expressions peu raffinées, habituée à des soins hygiéniques très sommaires, on conçoit que beaucoup de malades accoutumées à la vie parisienne, trouvent parfois des sujets de froissement. Les malades qui ont le caractère peu sociable exagèrent ces petites misères, les enveniment par leurs récriminations, fatiguent et exaspèrent les nourriciers. Ces caractères difficiles, qui ne supportent ni leur famille, ni une famille étrangère, sont la source de grands ennuis, aussi est-il nécessaire de les connaître.

Nous en avons terminé avec ces considérations générales qui doivent guider le médecin dans le choix des malades aptes à vivre en colonie familiale.

En nous résumant, nous dirons, qu'ici plus que partout ailleurs en médecine mentale, les aliénés doivent être considérés et étudiés individuellement, et au point de vue spécial de leur aptitude à vivre librement. Et avec le Docteur TRUELLE, nous dirons en concluant que « le critérium d'aptitude n'est pas dans des considérations d'âge, ni même de variété psychopathique, mais dans le degré de sociabilité des pensionnaires considérés isolément ».

CHAPITRE II

MALADES INAPTES A BÉNÉFICIER DE L'ASSISTANCE FAMILIALE

Le choix des malades colonisables est toujours difficile à faire ; par contre, il est beaucoup plus facile de dire quels sont ceux qui sont impropres à la colonisation familiale.

En premier lieu, il ne faut pas envoyer à la colonie les malades qui ne sont pas assez valides pour jouir de la liberté, se promener à leur guise, se livrer à des occupations qui les distraient et satisfaire seuls leurs besoins élémentaires.

Les impotents plus ou moins complets ne sont pas d'un bon choix. Aucun nourricier ne voudra s'en charger. Cloués au lit, ou dans un fauteuil, ils ne pourront jouir de la nouvelle existence qui leur est offerte. En admettant qu'un nourricier, très dévoué, veuille se charger d'un de ces malades, quel que soit son dévouement, il ne lui donnera jamais les mêmes soins qu'à l'Asile. Dans l'intérêt même de ces malades, il est préférable de les conserver dans un quartier spécial. Dans ce groupe, composé de paralytiques,

d'hémiplégiques, nous ferons aussi entrer les aveugles et les sourds. Ces derniers, à cause de leur infirmité, courent un danger constant dans une petite ville ou même à la campagne. Ils peuvent être victimes d'accidents multiples qui pourraient mettre leur vie en danger et engager gravement la responsabilité du médecin.

Pour les mêmes raisons, les gâteux sont impropres à la vie familiale. Ils ne peuvent être placés et remplissent les pavillons. Les infirmeries ne doivent pas être un dépôt de gâteux.

D'une façon générale, à quoi bon placer dans une famille, un malade inconscient, désorienté, le plus souvent turbulent ; il ne voudra pas rester dans la chambre qui lui est réservée, ou dans la cour de la maison ; ou bien il pénétrera dans les appartements des nourriciers, et croyant reconnaître ses affaires, il touchera à tout, et déclenchera la mauvaise humeur de l'entourage ; ou bien profitant d'un instant d'inattention de la personne chargée de veiller sur lui, il sortira de la maison, pourra s'égarer ou se jeter à l'eau. Malpropres, il répugne aux nourriciers de les voir à leur table. Enfin, souvent ils déchirent leurs vêtements et peuvent mettre le feu.

Cette question des impotents, des infirmes, et plus particulièrement des gâteux, a été traitée par la Société Médicale des Asiles de la Seine, qui, dans son rapport au Préfet de la Seine, en 1907, pose la question suivante : les malades gâteux doivent-ils être placés en colonie ? Certains affirment, disent les au-

teurs du rapport, (MM. Vigouroux, Trenel et Truelle) que les gâteux placés en colonie trouvent des soins plus personnel de la part des nourriciers, chaque malade ayant en celui-ci un infirmier particulier. C'est là un raisonnement spécieux, et si l'on songe aux multiples soins hygiéniques et thérapeutiques que réclame le gâteux, il est plus exact de dire que les gâteux sont des malades ayant justement besoin d'un personnel spécialisé, et d'une visite médicale journalière impossible à assurer dans une colonie.

D'ailleurs, leur état nécessite une abondance de linge de corps et de literie qui n'existe que dans les établissements publics où le change s'en fait aussi souvent qu'il est besoin, tandis que le nourricier sera toujours parcimonieux de ce linge, même si l'Administration lui en fournit, pour éviter un blanchissage trop abondant, onéreux et difficile. La nuit, le change ne se fera pas. A l'heure actuelle on ne choisit plus de gâteux pour les Colonies.

Les affections longues et incurables, qui demandent des soins journaliers et assidus, comme le cancer, ne sont pas bien traitées dans les familles de paysans.

De même les aliénés atteints de maladies contagieuses, tuberculose pulmonaire en évolution, syphilis à la période contagieuse, ne doivent pas être placés dans une famille. Il faut craindre que le nourricier ou quelqu'un des siens reçoivent le germe de la maladie, et qu'à cause de la vie en commun dans une

maison souvent étroite, toute une famille soit atteinte par la contagion.

Il est aussi de toute nécessité d'écarter de l'assistance familiale les malades ayant une affection cutanée trop apparente telle que : lupus, psoriasis, ichtyose, dermatites ulcéreuses, toutes affections qui dans un milieu paysan, peu instruit, feront considérer le malade comme un être repoussant à tenir à l'écart.

Le nourricier, les voisins, les autres pensionnaires même fuiront ce malheureux qui, banni de la Société pourra en venir à des réactions violentes envers les autres ou au suicide.

Tous les malades à la période aiguë de leur maladie, tous états d'agitation sont impropres à la vie familiale. Il faut s'abstenir d'envoyer des maniaques, même chroniques, leur tenue bizarre attire trop l'attention ; leurs extravagances attrouper les enfants, leurs cris troublent le sommeil et la vie paisible du nourricier, leur gesticulation désordonnée, bien que la plupart du temps inoffensive, effraie. Ils ne peuvent rester en placement et viennent au bout d'un très court délai encombrer les infirmeries et y semer le désordre.

Il ne faut pas que dans une ville l'ordre public soit constamment troublé par des individus aux gestes bizarres, aux allures excentriques, à la tenue souvent indécente. Le spectacle est choquant et pénible, aussi bien de la part de l'aliéné qui le donne que des personnes qui le regardent. Ce sont de plus des malades

taquins et mauvais compagnons, qui ont parfois des accès de colère dangereux.

Les intermittents à crises fréquentes, prolongées et violentes ne sont pas susceptibles de vivre en colonie.

Avec des pensionnaires agités, il arrivera fatalement que les nourriciers seront amenés à employer des moyens de contrainte ou de violence dont la surveillance quotidienne sera impossible. Tout le temps se passera en des enquêtes stériles qui aigriront chacun sans pouvoir presque jamais aboutir à une conclusion certaine.

Un autre groupe qui ne peut être confié à ce mode d'assistance est constitué par les impulsifs de toutes catégories, et particulièrement par les déments précoces et les malades atteints de psychose post-encéphalitique.

Les déments précoces, simples, catatoniques et paranoïdes, sont inadaptables et indésirables. En plus de leurs impulsions toujours possible, ils sont indifférents, inactifs, incapables de subvenir à leurs besoins. Ils négligent les soins de propreté les plus élémentaires, sont sales, débraillés. Ils ne nettoient pas leur chambre, restent accroupis dans un coin pendant des journées entières. Les nourriciers ne les comprennent pas et considèrent leur négativisme et leur opposition comme de la mauvaise volonté. Ils s'alimentent mal, maigrissent, car leur alimentation exige une surveillance sévère. En hiver, immobiles ils restent de longues heures auprès du poêle, ce qui a pu occasionner des brûlures graves.

Nous verrons dans le chapitre suivant que, cependant, dans certaines conditions on peut en admettre à la Colonie et ce qu'il faut penser des formes schizo-phréniques.

Les encéphalitiques, outre leurs impulsions, dangereuses par leur soudaineté et leur caractère d'ordre surtout génital, présentent des perversions, des troubles du sens moral qui les rendent absolument inaptes à la vie familiale.

A propos des perversions, nous dirons un mot des pervers constitutionnels, déséquilibrés mythomanes, fabulateurs, fous moraux, qui par leurs conversations, leurs lettres souvent anonymes, leurs plaintes aux autorités, occasionnent les pires ennuis et à la population et à leurs nourriciers et aux dirigeants de la Colonie.

Il en est de même de ceux atteints de perversions instinctives, maraudage, tendances au vol, érotisme, qui sont la cause de conflits entre l'Administration et la population. Puisque les colonies ont précisément pour but de rendre autant que possible les aliénés à la vie commune, il faut que ceux-ci n'aient pas de tares constitutionnelles qui les rendent impropres à cette vie. Ces dégénérés avec tendances érotiques sont une occasion de scandale par leurs gestes indécents ou leurs propos grossiers. Souvent, à l'asile, ils savent assez bien dissimuler des mauvais penchants qui n'apparaissent qu'après la mise en liberté. Pour apprécier la tenue d'un malade, ses réactions et ses propos, le médecin se rendra compte de l'effet produit,

non pas dans un asile fermé, mais dans une rue, sur une place publique, au milieu d'une population normale. Tel fait sans importance à l'asile, devient une occasion de scandale à la Colonie.

Pour en finir avec les malades qu'il faut absolument éliminer de l'assistance familiale, nous parlerons des épileptiques et des alcooliques. Si un épileptique est présenté à un médecin de colonie familiale, celui-ci devra être intransigeant, inflexible et ne pas l'accepter. Cette catégorie de malades ne présente que des inconvénients.

C'est un spectacle pénible pour la population, qui frappe désagréablement l'imagination, et n'encourage pas en faveur des pensionnaires, que celui d'une crise d'épilepsie. Aucun travail ne pourra être confié à un épileptique, les nourriciers ne voulant pas engager leur responsabilité. Ces malades sont exposés du fait seul de leurs chutes inconscientes et imprévues à des dangers constants. Le traitement gardénalique ne peut être suffisamment surveillé. Les équivalents de toutes sortes, les impulsions, les fugues, les accès de délire sont autant de complications qui peuvent surgir chez un épileptique. Enfin le caractère même de l'épileptique qui est essentiellement antisocial, suffirait à le faire rejeter de la colonie familiale. A ce sujet, on peut citer l'avis de la Société médicale des asiles de la Seine : « Le caractère épileptique rend ces malades insupportables, même dans les asiles, seul lieu cependant où il soit possible de subir leurs fantaisies. Ils en sont la plaie et il n'est pas sans

exemple qu'ils aient fomenté des révoltes. Il en serait de même dans les colonies ».

Une autre catégorie de malades sont d'un effet désastreux dans une colonie. Ce sont les alcooliques non déments, récidivistes, ayant été internés plusieurs fois, incapables par conséquent de vivre en liberté.

Souvent très bons travailleurs, ils sont de ceux auxquels l'assistance familiale peut être nuisible à cause de leur indocilité et, par suite, de la difficulté d'une surveillance assez assidue pour les empêcher de se livrer à leur penchant ; ils sont susceptibles de créer des incidents graves. La surveillance la plus rigoureuse ne les empêche pas de se procurer de l'alcool lorsqu'ils en ont le désir. Tant que leur intelligence n'est pas complètement éteinte, ils concentrent tout ce qui leur reste d'activité psychique et physique vers ce but unique : se procurer de l'alcool. Ils demandent de l'argent à tous leurs parents, se mettent à travailler, à emprunter, à mendier, à vendre les effets de la colonie, à menacer même pour se procurer le poison. Ils boivent même s'ils n'ont pas d'argent. A la campagne, le verre de vin est la récompense de menus travaux faits chez des habitants différents au cours d'une même journée. Ils sont d'un très mauvais exemple pour leurs camarades de placements qu'ils entraînent parfois aux mêmes excès.

Leurs excès sont une cause de scandale. Ils jettent la déconsidération sur les autres pensionnaires, troublent l'ordre public, immobilisent le personnel

de surveillance, provoquent des rassemblements sur la voie publique et deviennent souvent dangereux.

Enfin on n'enverra pas à la colonie des malades ayant commis des délits de droit commun.

CHAPITRE III

ÉTUDE DES AFFECTIONS MENTALES HABITUELLEMENT PRÉSENTÉES PAR LES MALADES APTES A VIVRE EN PLACEMENT FAMILIAL

Dans le chapitre précédent, nous avons pu indiquer d'une façon quasi catégorique les malades indésirables à la colonie. C'était chose facile basée sur l'expérience. Il devient au contraire très difficile, très délicat, d'entreprendre l'étude des malades aptes à vivre en colonie familiale. Le D^r AMELINE avait même écrit à ce sujet : « J'ai indiqué, à plusieurs reprises, que c'est seulement en essayant que l'on peut décider, ou mieux, s'apercevoir, si un malade est ou non capable de vivre en liberté surveillée ; les décisions *a priori*, d'après la seule vue d'un aliéné ou même après observation par un médecin traitant, ne peuvent être valables dans beaucoup de cas ».

Les facteurs en jeu sont multiples pour chaque malade quelle que soit l'affection mentale dont il est atteint. Aussi nous procéderons par groupements et à propos de chacun d'eux, nous montrerons ce qui

peut en faire soit l'aptitude, soit l'inaptitude à la vie familiale.

A première vue, les restrictions précédentes paraissent limiter considérablement le choix ; il n'en est rien, car les catégories indiquées ne comprennent, en réalité, que la minorité des aliénés. Le champ reste vaste et un choix minutieux et compétent permet encore à de nombreux malades de sortir de l'asile pour jouir d'une assistance infiniment plus large et bien souvent mieux adaptée à leur état mental.

La lettre ministérielle de Loubet du 2 mai 1892 spécifiait que les malades placés à Dun ne devaient comprendre « que des vieillards séquestrés jusqu'ici comme aliénés, dont l'état de démence incurable mais tranquille et l'affaiblissement sénile des facultés ne justifiaient pas d'une façon absolue le maintien dans un asile ».

Ce cadre étroit n'aurait jamais suffi à assurer la prospérité actuelle des colonies familiales, s'il n'avait été bien vite dépassé et ne s'était étendu à presque toutes les affections mentales, tout en se maintenant, pour la majeure partie, dans les limites de la chronicité.

Pour donner une idée de ce recrutement, voici dans un tableau, les affections mentales dans lesquelles doivent être rangées les entrées de 1931 à Dun-sur-Auron.

Total des entrées : 146.

Affaiblissement intellectuel 27

Alcoolisme chronique	1
Débilité mentale	35
Délire d'influence	1
Délire de persécution	10
Démence organique	2
Démence paranoïde	3
Démence sénile	2
Dépression mélancolique	11
Déséquilibre psychique	9
Etat dépressif	4
Excitation psychique	5
Hébéphrénie	6
Imbécillité	5
Paralysie générale	6
Psychose hallucinatoire chronique.....	19

Les proportions les plus fortes sont représentées par l'affaiblissement intellectuel, la débilité mentale, le délire de persécution, la psychose hallucinatoire chronique et contrairement à ce qu'on pourrait penser, par la dépression mélancolique sans idées actives de suicide.

*
* *

Déments séniles et vieillards mentalement affaiblis

Les déments séniles et les vieillards mentalement affaiblis ne trouvent pas tous leur place à la colonie familiale. Nous en avons déjà éliminé les gâteux, les impotents, les infirmes et ceux dont la désorientation est très profonde.

Certains sont bruyants, bavards, désordonnés de tenue et de langage, ils n'ont plus de mémoire, s'égarent, souvent ils sont égoïstes, et souvent maussades. D'autres présentent des épisodes délirants, délire de revendication et de persécution, avec idées de préjudice, jalousie. Ils deviennent méfiants, portent leurs récriminations à tous ceux qui veulent les écouter et sont souvent susceptibles d'actes de violence. Ces vieillards réclament une surveillance constante que leur entourage ne peut souvent leur accorder.

Les enfants appelés au dehors de la maison par le travail quotidien, ou bien las de les soigner et de les entretenir, les font recevoir à l'asile d'aliénés pour qu'ils y meurent et, où en attendant ce dénouement, leur vie consiste à manger et à dormir. La plupart ne souffrent pas de la privation de liberté.

D'autres, au contraire, qui à leur entrée à l'asile présentaient un léger état de confusion mentale avec excitation psycho-motrice, reconnaissant une cause toxique, après un certain séjour, après avoir reçu les soins que nécessite leur état, reprennent une santé physique plus florissante ; la vie réglée, le calme, le repos, agissent favorablement sur leur état mental. Ils redeviennent de bons vieillards, affaiblis intellectuellement certes, mais, capables cependant, de s'occuper à de menus travaux de ménage et de couture.

Leur affectivité n'est pas abolie, reconnaissants des soins qui leur sont donnés, des prévenances qui

les entourent, ils s'attachent à quelques-uns de leurs compagnons d'infortune et au personnel qui les soigne. Ceux-là souffrent de leur internement, et demandent à sortir. La famille, à ce moment, pourrait reprendre son malade, mais quelquefois elle est trop pauvre pour entretenir l'être inutile et encombrant qu'on veut lui rendre, ou bien, si elle est assez riche pour le faire, elle ne se soucie pas d'accomplir ce devoir. La plupart de ces vieillards, sont donc condamnés à être toute leur vie à l'asile, parce qu'ils ne trouvent pas chez leurs proches l'appui nécessaire à leur faiblesse mentale.

L'assistance dans une famille étrangère réalise pour eux un bienfait, en leur assurant une vie plus heureuse. A Dun, ces malades sont aimées des nourriciers à qui elles rendent des services appréciables.

En général, ces petites vieilles, en semaine ne sortent pas beaucoup, mais le dimanche, proprement vêtues, après avoir entendue la messe, elles vont par groupe se promener dans le pays, et rentrent pour déjeuner, n'oubliant jamais d'apporter quelques friandises qu'elles partagent volontiers avec les enfants de la nourricière.

D'autres malades, plus affaiblies intellectuellement que les précédentes, peuvent aussi bénéficier du placement familial, nous voulons parler du groupe des presbyophrénies chroniques. Ces malades avec un affaiblissement intellectuel profond, conservent souvent le sens des convenances sociales, elles sont polies et souriantes. Les nourricières veulent bien s'en

charger quand les médecins de la colonie, placent avec une telle malade, une ou deux pensionnaires lucides qui peuvent la surveiller et la diriger.

Dans ces conditions, on peut arriver à placer aussi quelques vieillards malpropres par intermittence, dont on prévient le gâtisme, le jour, en leur faisant accomplir régulièrement leurs besoins naturels et la nuit en les faisant lever à heure fixe.

Malgré cela, comme nous l'avons déjà dit, il faut éviter d'envoyer à la colonie des malades gâteux, et cette mesure de pis-aller, n'est acceptable que pour les malades dont le gâtisme s'installe après leur arrivée à la colonie.

Parmi le groupe des démences organiques le choix est très restreint. L'état mental est à peu près le même que celui de la démence sénile, avec quelques modifications : l'émotivité, la sensiblerie sont peut être plus accusés. L'obstacle est constitué par l'état de déchéance physique. Certains aphasiques, pseudo-bulbaires frustes, syndromes de Parkinson, séquelles d'hémiplégie ancienne, en un mot, tout ce qui constitue la démence antériopathique, pourra bénéficier du placement familial.

Avec la surveillance médicale qui leur y est assurée, ces malades pourront vivre de longues années en colonie familiale sans incidents graves.

On sait que déments séniles et déments organiques présentent souvent, sous forme de colère, des réactions violentes. La première qualité requise pour le placement familial de ces malades, est qu'ils ne pré-

sentent pas de telles réactions. A Dun, une démente sénile, chaque fois que sa nourricière lui servait un mets qui n'était pas à sa convenance, lui lançait la nourriture à la figure et cassait les assiettes. Cette malade a été réintégrée dans un asile fermé. Il y avait dans ce fait incompatibilité absolue avec la vie familiale.

Paralytiques Généraux

L'étude des statistiques montre la faible proportion des paralytiques généraux à la Colonie familiale. Certains les ont rejetés catégoriquement de ce mode d'assistance, les autres, tout en reconnaissant la nécessité d'un choix sévère, ont voulu en admettre quelques-uns.

« Là, encore, dit le Dr Marie, on ne peut dire que les paralytiques généraux, peuvent ou ne peuvent pas fournir des membres à la colonie familiale, si le plus grand nombre se montre incompatible avec cette vie, certains d'entre eux peuvent y vivre et en bénéficier, en particulier, les femmes paralytiques générales ».

Les paralytiques généraux susceptibles de bénéficier de ce genre de vie peuvent se rencontrer, mais ils sont rares, trop rares pour qu'on puisse recommander cette catégorie de malades pour la vie familiale.

La plupart sont exposés à une déchéance souvent

rapide, et à des complications multiples, il faut aussi bien pour leur état mental, que pour leurs troubles physiques, une surveillance constante.

Cependant, certains d'entre eux, dont la maladie présente une évolution remarquablement lente, qui ne présentent aucun délire sont parfois plus maniables que certains déments séniles.

L'évolution de la paralysie générale peut être entravée par les moyens thérapeutiques modernes, en particulier par le stovarsol et la malariathérapie.

Ici, plus que partout ailleurs, le critérium de guérison est donné par l'aptitude à la reprise de la vie sociale.

Ceux qui sont guéris dans ce sens, sortent de l'Asile et ne nous intéressent pas du point de vue auquel nous nous plaçons dans ce travail.

Chez beaucoup de ces malades, une thérapeutique active fait régresser l'état démentiel sans toutefois permettre le retour à l'activité sociale ; chez d'autres, l'action thérapeutique se borne à arrêter l'évolution du processus destructif, sans qu'il y ait régression de l'état de démence, c'est ce qu'on appelle les formes fixées de la paralysie générale ; chez d'autres enfin, traitées par la malariathérapie, le tableau clinique habituel de la paralysie générale, subit de profondes modifications, on voit se superposer une nouvelle psychose atypique, prenant soit la forme de délires systématisés hallucinatoires, soit la forme catatonique, soit la forme paranoïde.

Pour les premières formes, les formes régressives,

au cours desquelles les malades auront récupéré un jugement satisfaisant, une auto-critique suffisante, le placement familial sera tout indiqué. Là, ils seront surveillés, traités, ce pourra être pour eux une période transitoire, une sorte de moyen terme entre la vie d'asile et la vie sociale normale.

Pour les autres, la possibilité de vivre en colonie sera donnée par l'état d'affaiblissement intellectuel, le degré d'excitation psychomotrice, et, en général, par l'aptitude aux réactions.

Des essais d'adaptation de malades de ce genre ont été tentés à Dun depuis trop peu de temps pour qu'on puisse prendre parti. Cependant, on peut dire que chez quelques-unes de ces malades, l'excitation génésique était telle qu'il a fallu rapidement les réintégrer en asile fermé. C'est pour l'avenir une première indication d'orientation dans le choix de telles malades.

Chez d'autres malades, d'ailleurs améliorées, on a pu noter une tendance marquée aux excès alcooliques. D'ailleurs il est d'observation courante, de les voir dès leur arrivée, chercher à s'employer chez les marchands de vin, dans les cafés, où elles pourront boire, s'amuser et faire étalage de leur coquetterie.

Leur suggestibilité, leur approbativité facile, peut les faire devenir beaucoup plus aisément que d'autres, la proie d'individus mal intentionnés ou en état d'excitation ébrieuse, d'où scandale possible et réintégration imposée. Il est aussi certaines P. G. qui à cause de leurs idées de grandeur ne veulent accepter

de porter les vêtements de la colonie ou d'être placées chez des paysans.

Le médecin hésite également souvent à choisir ces malades parce qu'il lui est pénible de ne pouvoir continuer chez les pensionnaires placées, un traitement ayant déjà amené une sérieuse amélioration.

Le traitement des P. G. demande en effet une surveillance assez minutieuse (prise de température, nourriture appropriée, réactions possibles). De plus les malades ne s'y soumettent pas aisément, ne viennent pas au jour indiqué pour la piqûre. Celle-ci amène parfois des périodes d'excitation psychique et les nourriciers s'étonnent de voir un traitement aggraver passagèrement l'état mental d'une pensionnaire autrefois calme.

Quant aux moyens de contrôle du traitement (ponction lombaire, prise de sang) ils nécessitent un séjour court mais indispensable dans des infirmeries toujours encombrées, qui facilite la désadaptation au placement familial. D'autre part, on constate que la suppression de cette cure d'entretien amène la rapide disparition de l'amélioration du début et on voit certaines de ces malades retomber peu à peu dans un affaiblissement démentiel, ou devenir gâteuses.

*
* *

Idiots. Imbéciles. Débiles mentaux

L'idiot complet ne paraît pas apte à bénéficier de l'assistance familiale, telle qu'on la pratique à Dun

et à Ainay. Au plus bas degré de l'échelle, réduit à la vie végétative, il réclame des soins constants, une hygiène spéciale qui le fait vivre. La plupart sont atteints d'affections neurologiques, hémiplegies, paraplégies infantiles, maladie de Little, qui les empêche de se mouvoir ; de plus beaucoup sont sales et gâteux.

Les imbéciles sont en grand nombre des pervers instinctifs, violents, méchants, érotiques. Ceux-là ne devront pas être placés à la colonie familiale, mais il en est chez qui les facultés morales sont plus développées que les intellectuelles, alors ils sont, au contraire, très susceptibles d'attachements, très reconnaissants des soins qu'on leur donne, et par suite, faciles à diriger. Placés dans une famille, surveillés, ils pourront s'adapter, et se trouveront très heureux de ce régime, d'autant plus que, susceptibles de faire une besogne simple, ils seront récompensés par quelques sous ou quelques suppléments de nourriture, dont ils apprécient toujours la valeur.

Pour cette catégorie de malades, il faudra tenir particulièrement compte de l'âge et surtout en ce qui concerne les femmes, il ne faudra pas envoyer à Dun, des imbéciles jeunes. Chez elles, le manque de jugement, la prédominance des instincts les met à la portée du premier venu.

Les débiles simples, non délirants, calmes, guéris de bouffée délirante polymorphe, internés plusieurs fois, qui se sont montrés incapables de vivre en société, seuls, sans appui, se trouvent bien du régime familial. La vie matérielle leur est assurée. Débar-

rassés de tous les soucis de la vie quotidienne ils sont heureux de cette vie nouvelle dont ils jouissent avec une douce euphorie. Alors qu'à l'asile ils sont souvent insupportables dans un quartier, assaillant le médecin de réclamations continuelles, demandant leur sortie plusieurs fois au cours d'une même visite, à la colonie ils sont satisfaits, la liberté accordée leur est amplement suffisante.

Les dégénérés atteints de manie raisonnante ou de folie morale, les déséquilibrés, sont insupportables dans les familles. Ils exagèrent, sans mesure, les inconvénients de leur situation et se plaignent continuellement. Ils injurient et méprisent les paysans chez lesquels on les place. Ce sont avec leurs nourriciers des disputes incessantes, entraînant des mutations de placement continuelles. Puis vient un jour où ils déclarent qu'ils refusent d'habiter chez des paysans. Alors ils sont réintégrés dans un asile fermé.

En plus de ces difficultés qu'ils créent avec les nourriciers, les uns cherchent à s'évader, les autres causent du scandale sur la voie publique, par leurs gestes indécents ou leurs propos grossiers. Ce sont des individus qui, comme le dit Regis « avec toutes les apparences du jugement et de la raison se laissent aller d'une façon inconsciente et souvent paroxysmique, à des écarts de conduite, à des inconséquences, à des excès, à des actes d'immoralité véritablement pathologiques ».

Les troubles mentaux présentés par ces malades, amoralité, inaffectivité, inadaptabilité, impulsivité,

font que pour eux une étude approfondie s'impose, avant de les laisser jouir de la liberté offerte par le placement familial et nous dirons même qu'il est bien préférable de ne pas en envoyer à la colonie familiale.

Les délirants. Les persécutés

Les délires de toute sorte et surtout les délires de persécution, sont parmi les affections mentales, celles que l'on rencontre le plus fréquemment à la Colonie familiale. Les persécutés, qu'ils appartiennent soit au délire systématisé chronique, soit au délire hallucinatoire chronique, soit au délire d'interprétation, sont nombreux à Dun et à Ainay. Comme partout ailleurs, un choix rigoureux s'impose. Tous ne sont pas bons pour ce mode d'assistance.

Les persécutés actifs, internés depuis peu, aussi bien à la Colonie qu'à l'asile, protestent contre leur internement. Mais à l'asile, à cause de la discipline et de la contrainte morale imposée par l'internement, l'individualité du malade, sous l'influence de son délire, ne se manifeste pas aussi librement qu'à la Colonie. Là il peut aller et venir, sortir de la maison, injurier et frapper les gens qu'il rencontre et qui lui déplaisent, et, à l'occasion des moindres incidents de la rue, alimenter son délire. Ceux-là ne sont pas aptes à bénéficier du placement familial.

Pour ceux qui, de persécutés, peuvent un jour

devenir persécuteurs, l'assistance familiale présente aussi de gros inconvénients. L'internement dans un asile fermé est la seule mesure qui donne des garanties indispensables contre les accidents.

Enfin, il faut surtout exclure de la Colonie les persécutés qui ont un caractère insociable. L'insociabilité se manifeste par des récriminations sans trêve qui lasseront la bonne volonté des meilleurs nourriciers.

Le Dr Truelle, écrit à propos des délirants aptes à bénéficier du placement familial : « Il n'y a guère qu'un critérium de capacité à vivre en Colonie familiale, c'est l'aptitude aux réactions. On a dit aussi très justement qu'il ne convenait d'admettre que des malades résignés à leur délire. Cela s'applique à toutes les variétés délirantes. Il est impossible de fixer des catégories parmi les formes pathologiques décrites que le malade soit un délirant chronique progressif ou un dégénéré, que son délire soit systématisé ou non, qu'il soit accompagné, alimenté par des hallucinations, ou surtout intellectuel, peu importe dans l'espèce.

Une seule question se pose : Est-il résigné à son délire ? Si c'est un persécuté, accepte-t-il ses voix comme un phénomène banal ? A-t-il oublié tout projet de vengeance ! Si c'est un ambitieux, renonce-t-il à faire valoir ses droits, ou rejette-t-il la réalisation de ses projets dans un avenir illimité ? Quelle que soit la variété du délire, le malade est-il définitivement soumis à son internement ? Ce sont là les points qui importent. Ce sera donc parmi les chro-

niques que le choix sera fait mais pas exclusivement. Il est des malades qui dès le début de leur délire, supportent leurs malheurs avec une résignation suffisante pour vivre en Colonie ; d'autres qui, bien que chroniques ne les supportent jamais. C'est donc particulièrement sur les réactions du malade que doit porter l'étude du médecin. L'examen du dossier et du comportement antérieur du malade donneront de précieuses indications. C'est une étude délicate, d'autant plus que les conditions d'existence à la Colonie sont très différentes de ce qu'elles sont à l'asile. De là, possibilité de réactions qui n'avaient pas l'occasion de se manifester dans ce milieu, et qui l'ont à la colonie.

Aussi est-ce pour ainsi dire les réactions en puissance qu'il faut connaître, aussi est-ce impossible de ne pas se tromper souvent ».

Pour ce qui est des persécutés, en particulier, beaucoup après un long séjour dans un asile fermé, voient leur délire se stabiliser. A ce moment, ils deviennent des recrues pour les colonies et de bonnes recrues.

Dans un travail sur les malades aptes à vivre en colonie familiale, les Drs Marie et Vigouroux, ont étudiés particulièrement la question des persécutés. « Tout le monde sait, disent-ils, et Falret en a fait depuis longtemps la remarque, que les réactions dangereuses des persécutés se montrent dans les premières périodes de leurs psychoses, alors que les troubles sensoriels et les persécutions qu'ils subissent trouvent un terrain neuf, une énergie intacte. Pro-

gressivement, leur énergie se fatigue et dans la période de persécution se produit une phase de résignation.

Nous la rencontrons fréquemment chez les malades de la colonie. Ce n'est plus, du reste, une résignation complète, totale : à l'occasion d'une recrudescence dans les troubles sensoriels ; d'une nouvelle orientation des idées de persécution, surviennent parfois des récriminations, des demandes de changement. Alors une simple mutation, le retrait pendant quelques jours à l'infirmerie centrale, suffisent pour longtemps à calmer cette exacerbation.

Il se forme chez ces malades comme un dédoublement de la personnalité, une personnalité délirante, victime du clergé, des francs-maçons, etc... une personnalité agissante travaillant avec intelligence et très à même d'apprécier les douceurs et les avantages de la vie familiale.

Arrivés à cette phase, les persécutés sont aptes à la colonisation familiale et sont appréciés par les nourriciers.

Il en est d'autres encore qui, moins résignés, plus délirants, peuvent aussi non seulement vivre à la colonie, mais bénéficier de cette vie, ce sont ceux qui, par leur tempérament, par leur éducation, ne sont pas portés aux réactions dangereuses, ceux, par exemple, qui pour toute réaction, se bornent à écrire. L'observation individuelle seule peut les désigner.

Enfin, à la période mégalomaniacale du délire, le dédoublement de la personnalité est encore plus net,

et le millionnaire ou le roi condescendent à vire dans une chaumière et à s'y trouver bien ».

On rencontre un grand nombre de ces malades dans les asiles qui seraient capables de vivre en liberté surveillée. Placés à la colonie, ils sont très sympathiques à la population. Ce sont des sujets en général propres, travailleurs, soigneux de leur personne, sobres, se tenant bien dans la rue et causant rarement du scandale par une attitude extravagante et des gestes bruyants ou désordonnés.

Ils sont, en vertu de leur affection mentale, peu communicatifs, distraits, hautains parfois. Leur tenue, leur correction, leur distinction même imposent le respect aux nourriciers.

Leur propreté, leur langage choisi et poli sont d'un très bon exemple. A Dun ces malades sont très nombreuses et l'expression employée dans beaucoup de placements de « nos dames » démontre qu'elles ont su se faire respecter des nourriciers.

La plupart taisent leurs ennuis antérieurs, sont d'une grande réserve, trouvent aisément du travail et arrivent à se faire une situation agréable.

Ce n'est que poussés par l'interrogatoire médical qu'ils consentent à laisser découvrir leurs ennuis et les persécutions qu'ils subissent. Car s'ils ont renoncé à leurs revendications et à leurs plaintes, si leur énergie a été fatiguée par une lutte sans résultat, ils n'ont pas renoncé à leurs idées de persécution, que bien souvent des troubles hallucinatoires les empêchent d'oublier. Le Dr Pasturel donne au sujet

de ces malades un conseil fort judicieux : « Il faut se garder de raviver leur délire, ou mieux de le cultiver, en les interrogeant trop souvent. Chaque interview non forcé avec eux, chaque conversation roulant sur leurs troubles sensoriels et hallucinatoires joue comme un stimulant et apporte un aliment nouveau à leur conception délirante. Ce sont des malades qu'il faut savoir ne pas voir ».

On voit donc qu'un choix judicieux parmi les nombreux délirants chroniques qui encombrant les asiles, peut apporter un excellent contingent au placement familial. Ces malades qui, sans cesse réclament leur liberté, seront heureux en arrivant à la colonie, de retrouver enfin cette liberté tant désirée et les nourriciers eux-mêmes seront très satisfaits d'avoir chez eux des pensionnaires capables d'apprécier leurs bons soins et aussi, il faut bien le dire, de leur rendre quelques services.

Les idées de suicide et la mélancolie

L'inopportunité et le danger de placer en colonie familiale des malades ayant présentés des idées de suicide, de quelque origine qu'elles soient, apparaîtraient évidents à un examen superficiel. Or, le nombre de ces malades placés à Dun et à Ainay nous oblige à un exposé présentant ceux qui sont capables de s'adapter et de vivre dans les conditions offertes par le placement familial.

Cette question du placement des mélancoliques est extrêmement délicate et a donné lieu à bien des discussions.

C'est toujours un grand risque de mettre en liberté, même surveillée, des malades à idées de suicide. C'est encore là une question d'espèce ou plus étroitement de cas particulier.

Guislain n'était pas partisan d'une surveillance étroite et d'une séquestration absolue pour tous les mélancoliques. A leur sujet, il dit : « On imaginerait à tort que la séquestration dans une maison spéciale est rigoureusement exigée pour le traitement de tous les états mélancoliques. Au contraire, je ne crains pas de le dire, on voit plus d'une fois le cas des malades s'aggraver, malgré la bonne organisation de l'établissement. Il existe souvent trop de tumulte, on y rencontre trop d'impressions pénibles ».

Cette remarque de GUISLAIN contient une grande part de vérité, mais il n'en reste pas moins vrai que le mélancolique ne peut guérir que si, d'une part, il est isolé du milieu dans lequel sa maladie a débuté, et d'autre part, s'il est réconforté et soutenu moralement. S'il ne convient pas d'enlever aux asiles tous les mélancoliques, un certain nombre cependant, à la condition d'être choisis avec soin, pourraient avantageusement être placés dans une famille étrangère à la campagne.

Parmi les mélancoliques, ceux dont l'état émotionnel est encore trop aigu pour faire craindre le suicide, ne sont pas des malades de colonie.

Les délires mélancoliques avec hallucinations pénibles, nombreuses et constantes, avec idées d'empoisonnement très arrêtées, délire hypocondriaque actif provoquant le refus d'aliments, la mélancolie anxieuse ou stupide, doivent être éliminés.

Les chroniques seuls sont susceptibles de pouvoir vivre en colonie et parmi eux, ceux chez qui l'affaiblissement intellectuel a fait des progrès suffisants pour atténuer l'acuité de l'état émotionnel pénible. C'est une garantie incomplète sans doute, mais on ne peut exiger l'absolu, contre les réactions du suicide.

Parmi ces chroniques, ou mieux parmi les malades depuis longtemps internés, il faut encore établir une distinction. Certains mélancoliques qui ne manifestent plus leur délire et qui se soumettent passivement à la discipline de l'asile en imposent pour des malades tranquilles. En réalité, ils demandent une surveillance de tous les instants, peuvent s'évader, se suicider et même réagir avec violence contre l'entourage. Ce n'est que quand ils sont dans un état de démence très avancé qu'il devient possible de les placer dans une famille.

Ce sont ces malades qui, à l'asile dissimulant leur désir de la mort, se suicident en arrivant à la colonie.

Mais la folie suicide n'est pas une entité morbide. Les idées de suicide ne sont pas exclusives à la mélancolie, elles se rencontrent dans un grand nombre de maladies mentales et suivant le terrain qui les a fait naître, le danger qu'elles présentent est variable.

Il y a toute une série de malades qui, après une

première tentative de suicide avortée, ne recommencent plus. Ce sont ces malades à suicide occasionnel, qui pourront bénéficier le mieux du placement familial, car il est rare de voir un malade chercher à mourir quand les causes occasionnelles de la première tentative n'existent plus.

Les Drs Marie et Vigouroux, ont fort bien étudié quels sont ces malades, ces désespérés d'un jour, pour qui le placement familial est la meilleure mesure de sécurité. « Parmi nos malades, disent-ils, un grand nombre sont atteints de mélancolie *a miseria*. Cette affection survient d'ordinaire après la ménopause, au moment où les forces mentales et physiques commencent à décroître, à l'heure aussi de la solitude, souvent après la mort du mari, le départ des enfants. A ce moment, les difficultés de la vie présente paraissent lourdes, la lutte pour le travail, pour l'existence est dure, l'avenir est incertain, sombre, le découragement apparaît, suivi bientôt d'idées mélancoliques, puis des idées et des tentatives de suicide. C'est la mélancolie légitime dont parle Lasègue, et les idées de suicide sont le produit direct de cet état.

Mais qu'un mode d'assistance quelconque survienne, fasse disparaître la misère présente et éclaircisse l'avenir, les troubles cessent et les idées de suicide sont bannies. Plus le mode d'assistance est libéral, plus grande est la somme de bonheur sous forme de liberté, de douceur dont peut jouir la malade, moins les idées auront de chance de retour. On

a vu dans des asiles fermés ces états de mélancolie légitime, guéris par le bien-être de l'asile, reparaître sous l'influence de la privation de liberté, privation que les malades sont tentés de considérer comme un châtiment. Et, cependant, cette assistance, cette aide doit durer toute la vie, car remettre en liberté ces affaiblis c'est les exposer à une rechute presque fatale.

L'histoire de la vie de ces malades est toujours la même et peut être esquissée en quelques lignes : après une existence de travail et de peine, ils ont perdu la force physique et l'énergie morale nécessaire à la lutte pour l'existence, ils ont vu mourir les êtres qu'ils aimaient et, se trouvant isolés, découragés, ils cherchent un refuge dans la mort.

A côté de ces mélancoliques légitimes, déjà affaiblis par l'âge, se trouvent des malades plus jeunes, non pas affaiblis, mais qui ont toujours été faibles, toujours inaptes à soutenir la lutte pour l'existence, toujours vaincus à l'avance, ce sont les dégénérés héréditaires. Pour ceux-là, la tentative de suicide est une réaction banale, à la moindre contrariété, au moindre échec, ils songent à en finir avec une existence trop pénible pour eux. Il leur faut un soutien, une direction, souvent la solitude leur est très mauvaise conseillère. Aussi voyons-nous l'assistance familiale leur être d'un très grand secours. Leur entourage d'une part, la direction médicale qu'ils sentent au-dessus d'eux, cette tutelle, légère il est vrai, mais réelle, sous laquelle ils sont placés, leur

suffisent pour donner goût à l'existence et au travail. Ce sont encore des malades que l'internement complet pourrait désorienter et qui à la colonie se trouvent heureux et apprécient leur bonheur ».

Enfin, il est tout un groupe de malades qui, atteints d'infirmités physiques, sont, en dehors de l'asile, l'objet de moqueries et jugés inaptes au moindre travail qui puisse leur procurer une existence misérable. Pleins de bonne volonté, mais lassés de refus continuels à des demandes d'emploi, rejetés de la société, ils cherchent un refuge dans la mort.

Nous avons le souvenir d'une malade, atteinte de chorée chronique, entrée à l'asile de Maison Blanche, pour état dépressif avec idées et tentatives de suicide. Elle nous racontait que depuis de longs mois, elle ne pouvait plus trouver de travail, et qu'après avoir mangé ses petites économies, la seule solution pour elle avait été d'aller se jeter dans la Seine. Quelques jours de repos, un bon régime alimentaire, l'absence de moqueries avaient suffi à lui rendre le désir de vivre, mais elle souffrait de son internement, du manque de liberté. La faire sortir aurait été la renvoyer aux mêmes difficultés et certainement elle aurait renouvelé ces tentatives de suicide. Envoyée à la colonie familiale, placée à la campagne chez de bonnes gens, elle se trouve très heureuse et son unique désir est de vivre longtemps encore dans des conditions qu'elle trouve excellentes pour elle.

Les exemples de ce genre sont nombreux.

En résumé, on voit que, idée de suicide, n'équivaut pas à internement à perpétuité, qu'il faut savoir faire une discrimination, et que beaucoup parmi ces malades peuvent vivre sans inconvénient à la colonie familiale. Toutefois, nous ferons remarquer que ces malades qu'on trouve à Dun et à Ainay, sont moins des mélancoliques vrais que des sujets ayant fait des tentatives de suicide pour ainsi dire accidentelles, sous l'influence d'états affectifs, émotionnels, pathologiques passagers, ou sous l'influence d'hallucinations à l'occasion d'un état délirant transitoire.

Démence précoce

Précédemment, nous avons considéré les déments précoces, comme inaptes à bénéficier du placement familial. Bien que l'expérience ait montré qu'il était préférable de ne pas envoyer de tels malades à Ainay et à Dun, on en trouve cependant quelques-uns dans ces colonies, surtout des déments paranoïdes. L'indifférence démentielle à laquelle ils sont arrivés, les empêche de jouir de la liberté qui leur est accordée, de plus ils ont besoin d'une surveillance sévère et constante que ne peuvent leur donner les nourriciers. Aussi est-on bien souvent obligé de les ramener dans une infirmerie où ils encombrant des places qui seraient mieux données à d'autres malades.

Nous devons faire une restriction en ce qui concerne les schysophrènes. Quelques-uns bien choisis

pourraient avec avantage bénéficier du placement familial. On pourrait les utiliser à des besognes adéquates à leur état. Beaucoup d'entre eux pourraient rendre des services à la campagne, faire des petits travaux, n'exigeant pas d'effort intellectuel, par exemple : la garde des bêtes, le ménage, le jardinage même, sous la surveillance de leur nourricier.

Une occupation toute tracée apporterait une incontestable amélioration à l'affection de ces malades.

Mais le gros inconvénient que présente ces malades, qui est un danger à l'état latent, est le déclanchement brusque, inattendu, de mouvements, qui peuvent à tout moment, les faire devenir des êtres dangereux pour leur entourage immédiat.

*
* *

Dans cette partie de notre travail, nous nous sommes efforcés de montrer les malades auxquels, actuellement en France, on réserve le bénéfice de l'assistance familiale : ils appartiennent tous au vaste groupe des chroniques calmes et inoffensifs pour la plupart affaiblis intellectuellement, mais conservant encore un jugement suffisant, pour apprécier la liberté qui leur est rendue et ne pas en abuser. Ne relèvent naturellement pas du placement familial les malades qualifiés « aigus » dont le maintien à l'asile fermé est une mesure de préservation, et envers eux-mêmes, et envers la Société. Là seule-

ment, ils peuvent recevoir les soins que nécessite leur état.

Plus loin, nous nous demanderons si le système d'assistance hétéro-familiale ne pourrait pas être étendu à d'autres catégories de malades atteints d'affection mentale et dans quelles conditions.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Pour illustrer ce que nous avons dit dans les chapitres précédents, nous ne croyons pas dépourvu d'intérêt de rapporter succinctement les observations des malades des colonies de Dun et d'Ainay qui au cours de l'année 1934 ont été transférés ou réintégrés en asile fermé, sont sortis définitivement ou se sont évadés.

Colonie de Dun-sur-Auron

RÉINTÉGRATIONS ET TRANSFERTS EN ASILE FERMÉ

Obs. 1. — M^{me} B... 48 ans, fleuriste, entrée à la colonie le 30 octobre 1930, venant de l'asile de Moisselles. Certificat Transfert à La Charité-sur-Loire 15 juin 1934 :

Excitation maniaque avec impulsivité, turbulence. En raison de ces troubles ne peut être maintenue en placement familial et doit être réintégrée dans un asile fermé, dans l'espèce à l'asile de la Charité-sur-Loire.

Signé : D^r Pasturel.

Cette pensionnaire avait quitté son placement le 20 décembre 1930. Elle voulait aller à Gargan-Livry. Signalée à Blet par la gendarmerie. Ramenée par la voiture de la colonie, en observation à l'infirmierie. Replacée le 4 janvier 1931. En observation à nouveau à l'infirmierie le 9 mars 1931 pour agitation.

Obs. 2. — Mme B... 74 ans, sans profession, entrée à la colonie le 13 mai 1930 venant de l'asile de Maison-Blanche. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 4 août 1931 :

Affaiblissement intellectuel avec désorientation et agitation par intervalles. Idées incohérentes de persécution. Ne peut être maintenue en placement familial. A réintégrer dans un asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Cette pensionnaire était entrée au pavillon le 28 mai 1931 pour agitation.

Obs. 3. — Mme B... 36 ans, journalière, entrée à la colonie le 17 décembre 1930 venant de l'asile de La Charité. — Certificat de transfert à La-Charité-sur-Loire le 4 août 1931 :

Psychose périodique. La fréquence des accès d'agitation ne lui permet pas de bénéficier en ce moment du placement familial. A transférer dans un asile fermé.

Signé : Dr Chanès.

Cette pensionnaire était entrée à l'infirmierie le 20 février 1931 pour agitation violente et n'avait pu être replacée.

Obs. 4. — Mme B... 60 ans, sans profession, entrée à la colonie le 23 septembre 1921 venant de l'asile de Bégard. Certificat de transfert à la Charité-sur-Loire le 3 septembre 1931 :

Syndrome mélancolique avec mutisme, sitiophobie. En raison de ces troubles ne peut être maintenue en placement familial. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Chanès.

Cette pensionnaire le 24 mars 1931, sous l'influence d'un raptus mélancolique s'était jetée dans le puits du nourricier chez lequel elle était placée. Retirée immédiatement après sans blessures graves, et conduite à l'infirmerie, y a présenté un syndrome mélancolique typique avec mutisme, sitiophobie, dépression générale.

Obs. 5. — M^{me}... 70 ans, couturière, entrée à la colonie le 23 octobre 1930, venant de l'asile de Bégard. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 4 février 1931 :

Excitation hypomaniaque avec turbulence, réactions désordonnées. Sénilité. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Cette pensionnaire était entrée au pavillon pour agitation le 13 novembre 1930. Replacée en placement familial le 1^{er} décembre 1930. Evasion le 2 décembre 1930. Replacée en observation au pavillon en attendant sa réintégration en asile fermé.

Obs. 6. — M^{me} B... 68 ans, sans profession, entrée à la colonie le 30 octobre 1931, venant de l'asile de Moisselles. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 4 février 1931 :

Excitation psychique. Débile mentale irritable à interprétations délirantes, menaces envers l'entourage. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Cette pensionnaire était entrée à l'infirmerie le 30 dé-

cembre 1930 pour agitation. Autoritaire avait menacé de mort la seconde pensionnaire qui était sa compagne de logement.

Obs. 7. — Mme L. R... 45 ans, sans profession, entrée à la colonie le 17 avril 1931, venant de l'asile de Villejuif. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 3/9/31 : Paralysie générale. A subi le traitement par le stovarsol sans résultat. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Chanès.

Cette pensionnaire présentait de gros troubles neurologiques (tremblements très accusés de la langue et des mains, dysarthrie etc.) et un affaiblissement intense des facultés intellectuelles avec tendance à l'indocilité et idées puériles de persécution, est entrée au pavillon pour gâtisme le 26/6/31. Le traitement sulfarsénique institué à l'entrée n'a amené aucune amélioration.

Obs. 8. — Mme L... 59 ans, sans profession, entrée à la colonie le 31 juillet 1932, venant de l'asile de Naugeat. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 4 août 1931 :

Débilité mentale compliquée aujourd'hui d'affaiblissement intellectuel prononcé. Agitation paroxystique avec implusions violentes, cris, insomnie. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Cette pensionnaire était entrée plusieurs fois à l'infirmerie pour excitation psychique avec tendances à la mutilation. En mars 1931, elle fit au pavillon une grippe grave avec albumine, température dépassant 40°, sans phénomènes pulmonaires nets. L'excitation, qui avait disparu pendant la poussée thermique, reprit intense dès la chute de la température et nécessita l'évacuation.

Obs. 9. — Mme B... 50 ans, domestique, entrée à la colonie le 24 février 1928, venant de l'asile de Montauban. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 13 novembre 1931 :

Psychose intermittente à forme maniaque. Impulsive, tracassière et violente, ne peut être maintenue en placement familial. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Cette malade, qui au début se plaisait à la Colonie, est entrée à l'infirmerie le 18 octobre 1931 pour avoir frappé violemment à la tête la malade qui se trouvait dans le même placement qu'elle.

Obs. 10. — M. C... Georges, 41 ans, sans profession, entré à la colonie le 6 juillet 1931 venant d'Ainay-Le-Château. Certificat de transfert à Chezal-Benoît le 24 septembre 1931 :

Débilité mentale avec instabilité et irritabilité. Ces troubles du caractère associés à une agitation périodique ne permettent pas son maintien en placement familial. A réintégrer à l'Asile de Chezal-Benoît.

Signé : Dr Pasturel.

Obs. II. — Mme L... 72 ans, lingère, entrée à la colonie le 31 juillet 1909 venant de Toulouse (Braqueville).

Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 9 septembre 1931 :

Affaiblissement des facultés intellectuelles, dépression, désorientation, indifférence. Prolapsus rectal. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Chanès.

Obs. 12. — Mme M... 74 ans, sans profession ; entrée à la colonie le 21 novembre 1925, venant de l'asile de Maison-

Blanche. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 4 août 1931 :

Troubles mélancoliques d'involution sénile avec sitiophobie, raptus et acte d'opposition. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Obs. 13. — Mme L..., 46 ans, ménagère, entrée à la colonie le 14 octobre 1930, venant de l'asile clinique.

Certificat de transfert à La-Charité-sur-Loire le 4 février 1931 :

Débilité mentale, crises d'excitation psychique (type hypomaniaque) aurait eu des hallucinations probablement en rapport avec des excès alcooliques. Réclame son départ immédiat pour Paris. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr. Chanès.

Cette pensionnaire a du être évacuée à cause de son excitation psychique, et de ses idées d'évasion.

Obs. 14. — Mme M..., 47 ans, fleuriste, entrée à la colonie le 23 octobre 1930, venant de l'asile de Bégard.

Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 3 septembre 1931 :

État démentiel très accusé, désorientation, amnésie, gâtisme.

Signé : Dr. Chanès.

Obs. 15. — Mme M..., 62 ans, sans profession, entrée à la colonie le 10 septembre 1931, venant de l'asile de Maison-Blanche. Certificat de Transfert à La Charité-sur-Loire le 13 novembre 1931 :

Psychose hallucinatoire chronique avec excitation, tendance aux fugues, idées de richesse et de persécution, En raison de son excitation et de son instabilité, doit être réintégrée dans un asile fermé.

Signé : Dr. Pasturel.

Cette pensionnaire disparus de son placement le 31 octobre 1931. Signalée le lendemain par la gendarmerie et ramenée le même jour à la colonie. En observation au pavillon.

Obs. 16. — M^{me} M..., 43 ans, sans profession, entrée à la colonie le 11 octobre 1929, venant de l'asile de La Charité-sur-Loire.

Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 13 novembre 1931 :

Affaiblissement psychique paraissant en rapport avec une paralysie générale en période de rémission. Impulsivité. Périodes de vive excitation psychique. Refuse tout placement familial. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr. Chanès.

Obs. 17. — M^{me} M..., 63 ans, sans profession, entrée à la colonie, venant de l'asile de Bégard.

Certificat de Transfert : Débilité mentale, excitation psycho-motrice. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr. Chanès.

Cette pensionnaire est entrée plusieurs fois en observation à l'infirmerie à cause de son agitation et s'est montrée en définitive inapte au placement familial.

Obs. 18. — M^{me} P... 58 ans, corsetière, entrée à la colonie le 30 avril 1931, venant de l'asile de Moisselles. — Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 4 août 1931 :

Excitation hypomaniaque avec propos incohérents, mouvements violents et désordonnés, ne peut être maintenue en placement familial. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Obs. 19. — M^{me} O... 48 ans, sans profession, entrée à

la colonie le 18 Juillet 1928, venant de l'asile de Vaucluse.

Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 4 février 1931 :

Excitation psychique succédant à une période mélancolique. Irritabilité. impulsivité, rétinence, dissimulant très probablement un syndrome assez actif d'influence. Refuse tout placement. A réintégrer en asile fermé.

Signé : D^r Chanès.

Obs. 20. — M^{me} O... 50 ans, porcelainière, entrée à la colonie le 17 avril 1931, venant de l'asile Clinique. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 3 septembre 1931 :

Paralysie générale. A subi le traitement malariathérapique sans résultat efficace. Tendance aux fugues. — A réintégrer en asile fermé.

Signé : D^r Chanès.

Cette pensionnaire présentait de gros troubles intellectuels, neurologiques. Partie de son placement le 8 juillet 1931, signalée près de Bourges et ramenée par la voiture de la colonie a été mise en observation à l'infirmerie. Un traitement sulfarsénolique a été institué. Cette pensionnaire a été replacée mais, désorientée, elle errait dans les rues, sans but. Elle fit une nouvelle fugue, fut ramenée au pavillon, puis évacuée.

Obs. 21. — M^{me} Le T... 49 ans, manutentionnaire, entrée à la colonie le 10 septembre 1931, venant de l'asile de Maison-Blanche.

Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 13 novembre 1931 :

Déséquilibre psychique avec excitation intellectuelle et tendances paranoïaques. Examen du sérum positif

(Institut Pasteur 26 septembre 1931). Une série d'injections de sulfarsénol terminée à l'infirmierie de la colonie en octobre 1931. Inapte au placement familial. A réintégrer en asile fermé.

Signé : D^r Chanès.

Obs. 22. — M^{me} R... 61 ans, sans profession, entrée à la colonie le 26 mai 1931, venant de l'asile de Maison-Blanche. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 9 septembre 1931 :

Psychose hallucinatoire chronique avec délire de persécution. Vive excitation psychique. A réintégrer en asile fermé.

Signé D^r Chanès.

Obs. 23. — M^{me} R... 64 ans, sans profession, entrée à la colonie le 17 avril 1931, venant de l'asile Clinique. — Certificat de transfert à l'Hospice Paul-Brousse le 10 septembre 1931 :

Mélancolie ancienne aujourd'hui en voie de convalescence. Peut-être transféré sans inconvénient à l'Hospice Paul-Brousse.

Signé : D^r Chanès.

Obs. 24. — M^{me} P... 55 ans, couturière, entrée à la colonie le 30 octobre 1930, venant de l'asile de Maison-Blanche. Certificat de transfert à La-Charité-sur-Loire le 15 juin 1931 ;

Psychose hallucinatoire avec persistance d'idées de persécution associées à des idées hypochondriaques. A réintégrer en asile fermé.

Signé : D^r Pasturel.

Cette pensionnaire depuis son entrée au pavillon pour agitation le 22 mars 1931 avait toujours obstinément refusé d'être replacée chez les nourriciers.

Obs. 25. — Mme P... 48 ans, entrée à la colonie le 30 mars 1930, venant de l'asile Saint-Robert. — Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 9 septembre 1931 :

Débilité mentale, bronchite chronique, ne reste pas dans les placements. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Chanès.

Cette pensionnaire a dû être évacuée parce qu'elle ne s'adaptait à aucun placement. Faisait des fugues et avait un sommet droit extrêmement suspect.

Obs. 26. — Mme F... 35 ans, sans profession, entrée à la colonie le 26 février 1926, venant de l'asile de Saint-Robert. Certificat de transfert à l'asile Clinique le 17 avril 1931 :

Psychose hallucinatoire chronique. Amaigrissement. Aurait eu des hémoptysies, état pulmonaire suspect. Cataracte de l'œil droit. A diriger sur Sainte-Anne au Pavillon de Chirurgie pour intervention.

Signé : Dr Chanès.

Obs. 27. — Mme R... 65 ans, sans profession. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 15 juin 1931 :

Affaiblissement intellectuel avec excitation psychique. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Obs. 28. — Mme T... 72 ans, sans profession, entrée à la colonie le 29 avril 1930, venant de l'asile de Maison-Blanche. Certificat de transfert à l'asile Clinique le 17 avril 1931 :

Mélancolie présénile avec crise d'anxiété et préoccupations hypocondriaques. Tumeur du sein gauche nécessitant une intervention chirurgicale. A transférer à Sainte-Anne dans ce but.

Signé : Dr Pasturel.

Obs. 29. — Mme R... 63 ans, blanchisseuse, entrée à la colonie le 2 juin 1915, venant de l'asile de Villejuif.

Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 15 juin 1931 :

Psychose dépressive ancienne, réactions verbales se traduisant par des invectives — malpropre. A transférer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Obs. 30. — Mme V... 63 ans, gardienne, entrée à la colonie le 29 avril 1930, venant de l'asile de Maison-Blanche. Certificat de transfert à l'asile Clinique le 30 avril 1931 :

Syndrome d'influence — tendances interprétatives, hyperémotivité. Légère amélioration de l'état mental. A transférer à Sainte-Anne au pavillon de Chirurgie pour ulcération néoplasique du col utérin.

Signé : Dr Chanès.

Obs. 31. — Mme J... 40 ans, domestique, entrée à la colonie, venant de l'asile de Cadillac. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 18 décembre 1931.

Schizophrénie avec éléments paranoïdes. Récriminations fréquentes Périodes de dépression avec tendances au suicide. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Cette pensionnaire dont l'état pulmonaire était suspect avait fait le 2 décembre 1931 une tentative de suicide par strangulation. Elle refusa ensuite de s'alimenter et fut évacuée.

Obs. 32. — Mme J... 69 ans, fille de salle, entrée à la colonie le 18 juillet 1928, venant de l'asile de Vaucluse. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 3 septembre 1931 :

Idées délirantes de persécution. Tendances agressives.
A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Chanès.

Obs. 33. — Mme H... 64 ans, sans profession, entrée à la colonie le 13 mai 1931, venant de l'asile de Maison-Blanche. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 15 juin 1931 :

Psychose hallucinatoire chronique avec troubles sensoriels nombreux et actifs. Sensation de ruine et détérioration physique. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Cette malade était entrée à l'infirmerie le 29 septembre 1930; très persécutée elle ne voulait sous aucun prétexte laisser entrer le sacristain dans l'église. Elle l'aurait frappé parce que, disait-elle, il était pasteur protestant allemand. Entrée au pavillon pour évasion le 3 novembre 1930.

Obs. 34. — Mme G... 44 ans, sans profession, entrée à la colonie le 30 avril 1931, venant de l'asile de Maison-Blanche. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 15 juin 1931 :

Hébéphrénie — vive agitation. A transférer en asile fermé.

Signé : Dr Chanès.

Obs. 35. — Mme G... 40 ans ; fille de salle, entrée à la colonie le 9 août 1931, venant de Breuty-la-Couronne. Certificat de transfert à La Charité-sur Loire le 9 septembre 1931 :

Syndrome schizophrénique — tendances aux fugues. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Chanès.

Obs. 36. — Mme G... 60 ans, sans profession, entrée à la colonie le 4 février 1931 venant de l'asile de La Charité-sur-Loire.

Certificat de transfert à La-Charité-sur-Loire le 4 août 1931 :

Débilité mentale — crise d'anxiété. Refuse tous placements et demande à être renvoyée à La-Charité.

Signé : Dr Chanès.

Obs. 37. — Mme G... 58 ans, domestique, entrée à la colonie le 23 octobre 1930, venant de l'asile de Begard. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 4 février 1931 :

Démence précoce. Réaction d'opposition et troubles du caractère. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Cette malade depuis son entrée à la colonie n'avait pu être l'objet d'un essai de placement en raison de son mauvais état de santé physique (albuminurie) et de certains troubles du caractère.

Obs. 38. — Mme F... 40 ans, domestique, entrée à la colonie le 4 août 1928, venant de Pont l'Abbé-Picauville.

Imbécillité profonde — tenue désordonnée et malpropre. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Obs. 39. — Mme F... 54 ans, journalière, entrée à la colonie, venant de Breuty-la-Couronne. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 9 septembre 1931 :

Syndrôme hypomaniaque — propos incohérents ; vive excitation psycho-motrice. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Chanès.

Obs. 40 M^{me} F... 58 ans, sans profession, entrée à la colonie le 30 octobre 1930, venant de l'asile de Moisselles. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 18 décembre 1931 :

Psychose périodique. Périodes de dépression avec idées de persécution Instabilité d'humeur et de réactions. Idées de suicide. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Obs. 41. — M^{me} E... 69 ans, femme de ménage, entrée à la colonie le 27 juin 1929, venant de l'asile Clinique. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 3 septembre 1931 :

Affaiblissement intellectuel sénile. Désorientation ; gâtisme. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Chanès.

Obs. 42. — M^{me} D... 64 ans, domestique, entrée à la colonie le 30 avril 1931, venant de l'asile de Moisselles. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 3 septembre 1931 :

Dépression psychique. Idées de persécution. Refus d'alimentation. Néphrite chronique. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Obs. 44 —. M^{me} C... 53 ans, sans profession, entrée à la colonie le 23 octobre 1930, venant de l'asile de Bégard. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 9 septembre 1931 :

Déséquilibre psychique. Eléments hypomaniaques Excitation psycho-motrice. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Obs. 45. — M^{me} C... 40 ans, trieuse de chiffons, entrée

à la colonie le 18 septembre 1931, venant de l'asile de Moisselles. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 13 novembre 1931 :

Débilité mentale avec excitation psychique Impulsivité, a frappé avec violence une infirmière. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Chanès.

Obs. 46. — Mme C... 51 ans, sans profession, entrée à la colonie le 14 octobre 1930, venant de l'asile Clinique. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 15 juin 1931 :

Paralysie générale en voie de rémission — excitation psychique .Turbulence. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Pasturel.

Obs. 47. — Mme C... 53 ans, cultivatrice, entrée à la colonie le 30 avril 1931, venant de l'asile de Moisselles. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 13 novembre 1931 :

Débilité mentale avec tendances hypomaniaques Cherche à s'évader. A réintégrer en asile fermé.

Signé : Dr Chanès.

Obs. 48. — Mme C... 57 ans, vernisseuse, entrée à la colonie le 19 novembre 1929, venant de l'asile de Moisselles. Certificat de transfert à La-Charité-sur-Loire le 3 septembre 1931 :

Psychose hallucinatoire chronique avec troubles cénesthésiques très caractérisés. Agitation et réactions désagréables. A réintégrer en asile fermé

Signé : Dr Chanès.

Obs. 49. — Mme C... 48 ans, gouvernante, entrée à la colonie le 25 mars 1930, venant de l'asile de Montde-

vergues. Certificat de transfert à l'asile Clinique le 17 avril 1931 :

Dépression psychique. Hyperémotivité, nie toute idée de persécution. Etat mental amélioré. Albuminurie. Pertes fréquentes paraissant en rapport avec un état fibromateux de l'utérus — A transférer en asile clinique (pavillon de chirurgie).

Signé : Dr Chanès

Obs. 50. — M^{me} B... 51 ans, sans profession entrée à la colonie le 29 juillet 1931, venant de l'asile de Ville-Evrard. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 4 août 1931 :

Débilité mentale avec troubles du caractère — irascibilité — indocilité. A réintégrer en asile fermé

Signé : Dr Pasturel.

Obs. 51. — M^{me} P... 43 ans, crémillère, entrée à la colonie le 22 février venant de l'asile de Pau. Certificat de transfert à La Charité-sur-Loire le 4 février 1931 :

Débilité mentale avec quelques idées de persécution et interprétations délirantes. En raison de ces troubles et de son lupus de la face n'est pas susceptible de bénéficier du placement familial et doit être réintégrée en asile fermé

Signé : Dr Pasturel.

SORTIES 1931

Obs. 1. — M^{me} B... 70 ans, couturière, entrée à la colonie le 19 novembre 1919, sortie le 24 février 1931, venant de Blois avec le certificat suivant :

Psychose systématisée de persécution avec hallucinations auditives et illusions de fausses reconnaissances.

Signé : Dr Ollivier.

Cette pensionnaire après avoir bénéficié d'un congé de trois mois était suffisamment améliorée en 1931 pour être confiée en sortie définitive à son gendre.

Obs. 2. — Mme P., 67 ans, sans profession, entrée à la colonie le 2 septembre 1926, sortie le 1^{er} janvier 1931. Venant de l'asile de Maison-Blanche avec le certificat suivant :

Délire hallucinatoire avec persécution sans réactions violentes. Peut-être transférée à Dun.

Signé : Dr Capgras.

L'amélioration constatée a permis de la confier à sa fille en sortie définitive.

Obs. 3. — Mme B., 60 ans, sans profession, entrée à la colonie le 31 janvier 1923, sortie le 8 février 1931, venant de l'asile de Maison-Blanche, avec le certificat suivant :

Débilité mentale avec idées de persécution et d'influence. Calme. Peut-être transférée à Dun.

Signé : Dr Leroy.

Cette malade après avoir bénéficié d'un congé d'un mois à titre d'essai pour se rendre au patronage de la rue du Château des Rentiers N° 76 était suffisamment améliorée en février 1931 pour être mise en liberté d'une façon définitive.

Obs. 4. — Mme B., 51 ans, ouvrière en couture, entrée à la colonie le 16 décembre 1926, sortie le 1^{er} février 1931, venant de l'asile de Naugeat, avec le certificat suivant : Dégénérescence mentale avec déséquilibre psychique, troubles du caractère, irritabilité, idées hypochondriaques. Améliorée ; peut-être transférée.

Signé : Dr Guiard.

Cette malade, après avoir bénéficié en novembre 1929 d'un congé à Remiremont était revenue à Dun et avait été replacée. Suffisamment améliorée en février 1931, elle a pu être mise en liberté définitive.

Obs. 5. — M^{me} B... 51 ans, corsetière, entrée à la colonie le 23 décembre 1929, sortie le 27 octobre 1931. Placement volontaire direct avec le certificat suivant : **Dépression mélancolique, asthénie, vagues éléments confusionnels.** Calme. A Observer.

Signé : D^r Chanès.

Cette pensionnaire était en octobre 1931 suffisamment calme et améliorée pour être confiée en sortie définitive à son frère qui s'engageait à subvenir à ses besoins et à prendre la responsabilité de ses actes.

Obs. 6. — M^{me} C... 67 ans, sans profession, entrée à la colonie le 22 septembre 1920, sortie le 18 avril 1931, venant de l'asile de Saint-Robert (Grenoble) avec le certificat suivant : **Démence vésanique avec indifférence. Vestiges d'idées de persécution. Propos puérils. Habituellement calme et docile.**

Signé : D^r Briche.

Cette malade après avoir bénéficié de deux congés de trois mois, à titre d'essai, était suffisamment améliorée pour être confiée définitivement à sa fille en avril 1931.

Obs. 7. — M^{me} C... 61 ans, sans profession, entrée à la colonie le 5 février 1931, sortie le 19 juillet 1931, venant de l'asile de La Charité-sur-Loire avec le certificat suivant :

Séquelles de confusion mentale. Calme. Peut-être transférée à Dun.

Signé : D^r Schutzenberger.

Cette pensionnaire après avoir bénéficié d'un congé

d'un mois à titre d'essai a pu être définitivement confiée à son frère en juillet 1931.

Obs. 8. — M^{me} M.. 51 ans, sans profession, entrée à la colonie le 30 octobre 1930, sortie le 1^{er} février 1931. Venant de l'asile de Moisselles avec le certificat suivant :

Délire de persécution, paraissant basé sur l'interprétation délirante. Fonds de débilité et d'hyperémotivité constitutionnelle. Excès alcooliques niés par la malade. Calme. Peut-être transférée.

Signé : D^r Sengès.

A bénéficié d'un congé d'essai d'un mois, puis suffisamment améliorée, a pu être confiée à son mari en février 1931.

Obs. 9. — M^{me} M... 46 ans, sans profession, entrée à la colonie le 14 octobre 1930, sortie le 26 mai 1931, venant de l'asile Clinique de Sainte-Anne avec le certificat suivant :

Mélancolie constitutionnelle. Perplexité. Démence précoce fruste. Calme, s'occupe. A transférer.

Signé : D^r Trenel.

Cette pensionnaire qui s'occupait régulièrement au vestiaire était suffisamment améliorée en Mai 1931 pour être confiée à son beau-frère.

Obs. 10. — M^{me} Leb... 68 ans, sans profession, entrée à la colonie le 17 avril 1931, sortie le 19 septembre 1931 venant de l'asile de Villejuif, avec le certificat suivant :

Idées délirantes de persécution. Surdité. Peut être transférée.

Signé D^r Rogues de Fursac.

Calme et améliorée en août 1931, elle pouvait être confiée définitivement à son fils.

Obs. 11. — M^{me} L... 68 ans, marchande de vins, entrée à la colonie le 29 avril 1930, sortie le 1^{er} mars 1931, venant de l'asile de Villejuif, avec le certificat suivant :

Délire de persécution et hallucinations auditives. Peut être transférée.

Signé : D^r Marchand.

Cette pensionnaire a bénéficié d'un congé d'essai de 3 mois et a pu être ensuite définitivement confiée à sa nièce.

Obs. 12. — M^{me} P... 39 ans, domestique, entrée à la colonie le 24 juin 1930, sortie le 1^{er} juin 1931, de l'asile de Cadillac, avec le certificat suivant : Dégénérescence mentale se traduisant par de la débilité intellectuelle, des troubles du caractère et de l'instinctivité. Cette malade est assez difficile à diriger et travaille d'une façon intermittente. Peut-être transférée.

Signé : D^r Ducos.

Cette pensionnaire évadée le 17 mai 1931 s'était rendue dans sa famille. Celle-ci ayant décidé de la garder et de prendre la responsabilité de ses actes, l'amélioration de son état a permis de la confier définitivement à son beau-frère.

Obs. 13. — M^{me} S... 68 ans, sans profession, entrée à la colonie le 25 mars 1930, sortie le 6 juillet 1931, venant de l'asile de Montdevergues (Vaucluse) avec le certificat suivant :

Délire rétrospectif de persécution à base d'interprétations fausses. Peut-être transférée.

Signé : D^r Charpenel.

Cette pensionnaire évadée le 5 juillet 1931 s'était

réfugiée dans sa famille le 6. L'amélioration de son état permettait de la confier définitivement à sa sœur.

ÉVASIONS.

Obs. 1. — M^{me} M... 52 ans, cuisinière, entrée à la colonie le 5 février 1931, venant de l'asile de La Charité-sur-Loire avec le certificat suivant :

Hypomanie calme. Peut-être transférée.

Signé : Dr. Schutzenberger.

Cette pensionnaire s'est évadée de la colonie le 23 juin 1931 et a été rayée des contrôles le 23 juin 1931. Certificat médical d'évasion : Excitation hypomaniaque avec idées de persécution. Depuis son arrivée à la colonie s'est montrée très indocile, ne pouvant rester en place. Dénaturant ou exagérant les faits les plus normaux. Manifestant en outre un véritable délire illusionnel et des idées de grandeur.

Signé : Dr Pasturel.

Cette malade est actuellement en traitement à l'asile de Maison-Blanche.

Obs. 2. — M^{me} T... 61 ans, sans profession, entrée à la colonie le 3 janvier 1929, venant de l'asile de Vaucluse, avec le certificat suivant :

Psychose paranôïde. Peut-être transférée à Dun.

Signé : Dr. Perret.

Cette malade s'est évadée de la colonie le 28 avril 1931 et a été rayée du contrôle le 30 juin 1931. Certificat médical d'évasion : Excitation psychique avec idées vagues de persécution et troubles du jugement. Son pro-

priétaire en la trahissant, trahissait la France. Pendant son séjour à la colonie, paraissait assez calme et s'occupait. Toutefois cette malade présentant des troubles mentaux pouvant compromettre l'ordre public, si elle n'est pas surveillée, doit être réintégrée dans un asile.

Signé : Dr Chanès.

Colonie d'Ainay-le-Chateau

RÉINTÉGRATIONS ET TRANSFERTS EN ASILE FERMÉ.

Obs. 1. — M. G... 36 ans, sans profession, entré à la colonie le 10 août 1928, venant de l'asile de Chezal-Benoît. Transféré à l'asile de Chezal-Benoît le 19 mars 1931, avec le certificat suivant :

Epuisement cérébral chronique sans tendance bien accusée vers la démence : accès maniaques quasi-périodiques avec délire confus de persécution et de grandeur : excitation, insultes, tendances à la violence, insomnie. L'accès actuel, qui dure depuis octobre est moins intense que les précédents, mais le trouble apporté dans l'infirmierie par son agitation nécessite la réintégration dans un asile (Chezal-Benoît).

Signé : Dr Améline.

Cette réintégration définitive avait été précédée de plusieurs essais de placement familial. Entré une première fois à la colonie d'Ainay-le-Château le 29 juin 1923, avait été transféré à Chezal-Benoît le 31 juillet 1924. Placé de nouveau à la colonie le 1^{er} août 1925 avait été réintégré à Chezal-Benoît le 22 avril 1927.

Obs. 2. — M. F... 38 ans, tailleur d'habits, entré à la colonie le 12 juillet 1929, venant de l'asile de Montauban.

Transféré à l'asile de Chezal-Benoît le 19 mars 1931 avec le certificat suivant :

Débilité mentale avec alternatives très rapprochées d'excitation et de dépression : celle-ci étant plus légère ; tendance aux fugues répétées.

La turbulence de M. F... qui ne se calme pas depuis son arrivée et qui empêche son placement en famille apporte des troubles dans l'infirmerie et nécessite sa réintégration dans un asile (Chezal-Benoît).

Signé : Dr Ameline.

Obs. 3. — M. C... 41 ans, sans profession, entré à la colonie le 30 août 1926, venant de la colonie de Dun-sur-Auron. Transféré à Dun-sur-Auron le 6 juillet 1931 avec le certificat suivant :

Débilité mentale avec instabilité et irritabilité. Peut-être transféré à Dun-sur-Auron, sur sa demande.

Signé : Dr Ameline.

Ce malade n'a pu rester à Dun et a dû être réintégré à Chezal-Benoît.

Obs. 4. M^{me} G... 79 ans, journalière, entrée à la colonie le 3 mai 1904, venant de la colonie de Dun-sur-Auron. Transférée à Dun-sur-Auron le 6 juillet 1931 avec le certificat suivant :

Démence sénile et vésanique avec incapacité générale. Doit être réintégrée à la colonie de Dun-sur-Auron pour y être hospitalisée.

Signé : Dr Ameline.

Obs. 5. — M. M... 46 ans, manœuvre, entré à la colonie le 17 juin 1931, venant de l'asile Sainte-Anne. Transféré à l'asile d'Yzeure le 17 juillet 1931 avec le certificat suivant :

Débilité mentale. Epilepsie avec crises convulsives

violentes et fréquentes. Ne peut-être placé dans une famille et doit être réintégré dans un asile fermé (Asile d'Yzeure).

Signé : D^r Ameline.

Obs. 6. — M. V.. 61 ans, sans profession, entré à la colonie le 17 juin 1931, venant de l'asile de Vaucluse Transféré à l'asile d'Yzeure le 21 juillet 1931 avec le certificat suivant :

Affaiblissement cérébral avec accès périodiques d'agitation. Etat actuel d'excitation avec réactions violentes refus partiel de nourriture, insomnie : est absolument impropre au placement familial et doit être réintégré dans un asile fermé (asile d'Yzeure).

Signé : D^r Ameline.

Obs. 7. — M. B... 26 ans, sans profession, entré à la colonie le 4 octobre 1930, venant de l'asile de Villejuif. Transféré à l'asile de Chezal-Benoît le 11 septembre 1931, avec le certificat suivant :

Imbécillité : malpropreté, turbulence, sialorrhée (Hérédo-syphilis). Ce malade depuis son entrée n'a pu être placé dans une famille : il est réellement impropre à la vie familiale et doit être réintégré en asile fermé (Chezal-Benoît).

Signé : D^r Ameline.

Obs. 8. — M. D... 35 ans, imprimeur, entré à la colonie le 6 juin 1930, venant de l'asile Clinique. Transféré à l'asile de Chezal-Benoît le 11 septembre 1931, avec le certificat suivant :

Débilité mentale avec idées de persécution : interprétations délirantes, hallucinations auditives, excitation génitale, agitation par intervalles.

Ce malade est impropre au placement familial et doit être réintégré dans un asile fermé (Chezal-Benoît).

Signé : D^r Ameline.

Obs. 9. — M. F... 50 ans, sans profession, entré à la colonie le 4 octobre 1930, venant de l'asile de Villejuif. Transféré à l'asile de Chezal-Benoît le 19 septembre 1931 avec le certificat suivant :

Débilité mentale avec ancien délire mystique et de persécution : hallucinations, excitation génitale continuelle (masturbation). Ce malade absolument impropre au placement familial doit être réintégré dans un asile fermé.

Signé : Dr Ameline.

Obs. 10. — M. R... 65 ans, peintre, entré à la colonie le 25 octobre 1927, venant de l'asile de Blois. Transféré à l'asile de Chezal-Benoît le 11 septembre 1931 avec le certificat suivant :

Débilité mentale avec appoint alcoolique, divagation mégalomane ; idées de persécution : délire absurde et incohérent, excitation génitale.

Ce malade, depuis plusieurs mois assez excité et agité ne peut-être placé dans une famille et doit être réintégré dans un asile fermé.

Signé : Dr Ameline.

Obs. 11. — M. S... 56 ans, coupeur, entré à la colonie le 4 octobre 1930, venant de l'asile de Villejuif. Transféré de Chezal-Benoît le 11 septembre 1931 avec le certificat suivant :

Débilité mentale avec délire hypocondriaque et de persécution, hallucinations, idées de négation, demi-excitation permanente.

Ce malade ne peut-être placé dans une famille.

Signé : Dr Ameline.

Obs. 12. — M. M... 63 ans, sans profession, entré à la colonie le 24 mai 1909, venant de l'asile de Bicêtre. Transféré à l'asile de La Charité-sur-Loire le 31 octobre 1931 avec le certificat suivant :

Imbécillité. Calme (transféré par mesure administrative).

Signé : Dr Vié.

SORTIES.

Obs. 1. — M. K... 40 ans, sans profession, entré à la colonie le 19 mars 1931, sorti le 9 juin 1931, venant de l'asile de Chezal-Benoît avec le certificat suivant :

Alcoolisme cérébral avec manifestation maniaques intermittentes. Amélioré et calme.

Signé : Dr Briau.

Certificat de sortie : Alcoolisme chronique. Ne présente actuellement plus de délire et capable de travailler, peut être mis en liberté.

Signé : Dr Ameline.

Obs. 2. — M. A... 38 ans, sans profession, entré à la colonie le 14 octobre 1926, sorti le 15 juin 1931, venant de l'asile de Chezal-Benoît avec le certificat suivant :

Atteint d'imbécillité, calme.

Signé : Dr Leyritz.

Certificat de sortie : débilité mentale accentuée. Actuellement en congé chez sa sœur aux Lilas (Seine), peut lui être confié définitivement.

Signé : Dr Ameline.

Obs. 3. — M. L... 44 ans, représentant, entré à la colonie le 17 juin 1931, sorti le 16 novembre 1931, venant de l'asile. Sainte-Anne avec le certificat suivant :

Délire de persécution à base interprétative. Une bande menée par sa femme le poursuit partout. Irritabilité.

Malade calme et travailleur à l'asile. Peut-être transféré à Ainay.

Signé : D^r Marchand.

Certificat de sortie : Actuellement guéri de l'accès qui avait motivé son internement et peut être remis en liberté.

Signé : D^r Vié.

ÉVASIONS.

Obs. 1. — M. V... 40 ans, manœuvre, entré à la colonie le 4 octobre 1930, venant de l'asile de Villejuif avec le certificat suivant :

Encéphalite spécifique en rémission à peu près complète après malariathérapie. Calme, lucide, bon travailleur. Demande à être envoyé dans une colonie familiale. Peut être transféré sans inconvénient à Ainay-le-Château.

Signé : D^r Guiraud.

Ce pensionnaire s'est évadé de la colonie le 20 juin 1931. Certificat médical d'évasion :

Atteint de pseudo-paralysie générale (syphilis cérébrale et débilité mentale) avec difficultés de la parole, inégalité et dilatation pupillaires, tendances vaniteuses, niaises et monotones, idées de satisfaction, turbulence par intervalles. Evadé de la colonie familiale le 20 janvier 1931, pour se rendre à Paris. Capable de se livrer à des excès de boisson et alors à des actes obscènes sur autrui, impropre à la colonisation familiale, doit être réintégré dans un asile fermé.

Signé : D^r Ameline.

Obs. 2. M. D... 20 ans, sans profession, entré à la colonie le 21 août 1930, venant de l'asile de Chezal-Benoît avec le certificat suivant :

Déséquilibre mental avec instabilité psychique constitutionnelle. Débilité des facultés du jugement. Débilité morale sans perversions instinctives caractérisées. Puérilisme affectif. Educable. Peut-être transféré à la colonie d'Ainay-le-Château où il peut rendre quelques services.

Signé : Dr Briau.

Evadé le 21 mars 1931. Certificat médical d'évasion : Débilité mentale accentuée avec perversions instinctives et incapacité de se diriger normalement et de travailler régulièrement pour gagner sa vie. Ce malade s'est rendu à Paris, chez sa mère, dans le but de s'engager, quoiqu'il paraisse impropre au service militaire par suite de son indocilité, de sa tendance aux fugues, et aux colères subites. Il est peu probable que ce malade puisse vivre au dehors longtemps sans commettre quelque acte répréhensible surtout à Paris. Mais sa mère sollicitant la sortie, je ne puis m'opposer absolument à ce qu'il soit laissé en liberté et rayé des contrôles de la colonie à la date d'aujourd'hui.

Signé : Dr Ameline.

Obs. 3. — M. C... 28 ans, chauffeur de taxi, entré à la colonie le 17 juin 1931, venant de l'asile Sainte-Anne avec le certificat suivant :

Débilité mentale avec état dépressif. Idées vagues de persécution et d'hypocondrie. Tentative ancienne de suicide. Est depuis longtemps amélioré, calme et travaille.

Peut-être transféré à Ainay-le-Château.

Signé : Dr Truelle.

Evadé le 4 octobre 1931. S'est rendu chez sa mère dans le Finistère. Rayé des contrôles de la colonie le 13 octobre 1931, après congé d'essai de un mois, accordé par Dr Chanès, médecin-directeur intérimaire.

Obs. 4. — M. B., 59 ans, sans profession, entré à la colonie le 21 juillet 1931, venant de l'asile de Ville-Evrard avec le certificat suivant :

Persécuté dont le délire a évolué vers la guérison et qui ne présente plus de réactions, mais ne veut plus vivre avec sa femme.

Demande à être transféré à la colonie d'Ainay-le-Château.

Signé : D^r Rodiet.

Evadé le 16 août 1931. Certificat médical d'évasion :

Débilité mentale avec idées de persécution, hallucinations et interprétations délirantes. Craintes d'empoisonnement. Ce malade placé comme pensionnaire chez un nourricier de l'annexe de Valigny a quitté son placement dans la matinée du dimanche 16 août et les recherches effectuées dans la région sont restées vaines. Ce malade paraît incapable de vivre normalement en liberté et devrait être réintégré dans un asile fermé. (Rayé des contrôles de la colonie à la date du 18 août).

Signé : D^r Ameline.

TROISIÈME PARTIE

RÉSULTATS DU TRAITEMENT FAMILIAL LES AVANTAGES — LES INCONVÉNIENTS

Nous avons décrit précédemment les catégories de malades qui pouvaient bénéficier du placement familial, le genre de vie qui leur était offert à la colonie, une vie très différente de celle qu'ils menaient à l'asile. En résumé, ce mode d'assistance consiste dans le placement du malade dans une famille du pays qui leur laisse une liberté maxima, liberté cependant surveillée par le nourricier et guidée par le personnel médical.

Il nous reste à examiner quels sont les résultats de ce mode d'assistance.

Le but poursuivi n'est pas d'en vanter la perfection, mais de considérer quels en sont les avantages et les inconvénients ; or la balance des avantages et des inconvénients, se solde favorablement, telle du moins qu'elle apparaît depuis le fonctionnement de Dun et d'Ainay.

Les résultats de la colonisation familiale des aliénés doivent être étudiés au triple point de vue :

1^o des malades ;

2^o de la population ;

3^o de l'Administration.

en envisageant pour chacun d'eux et les avantages et les inconvénients.

CHAPITRE PREMIER

LES AVANTAGES DU PLACEMENT FAMILIAL

Avantages pour les malades

Actuellement la majorité des pensionnaires de Dun et d'Ainay sont des malades n'ayant plus de famille ou dont la famille, lassée par un séjour trop long à l'asile, les a délaissés. Le premier avantage est pour eux le *recouvrement d'un foyer familial*. Beaucoup, parmi tous ces chroniques, conservent une certaine affectivité, émoussée il est vrai par de nombreuses années d'asile, mais dont le réveil se fait progressivement, sous l'influence de cette vie nouvelle ; chez les femmes les sentiments maternels réapparaissent à la vue des petits enfants. Aussi n'est-il pas rare de voir des malades s'attacher, aimer les enfants des nourriciers, s'occuper d'eux, les promener. L'attachement aux nourriciers est souvent profond. On a vu à Dun une démente vésanique diriger le ménage d'une nourricière devenue impotente, et encore mieux, le cas d'une hallucinée persécutée, obligée de quitter un placement dont la nourricière devenue paralytique était délaissée par

ses enfants, héritiers trop pressés. La persécutée estima de son devoir de ne pas abandonner celle qui l'avait hébergée et lui avait permis de vivre en liberté, aussi chaque jour allait-elle lui prodiguer des soins attentifs et complètement désintéressés.

On pourrait multiplier les exemples de ce genre.

Un autre avantage que les malades savent apprécier par-dessus tout c'est *la liberté et le retour à la vie normale.*

Ce qui frappe, c'est la joie et le bien-être qu'ils éprouvent d'être soustraits au milieu de l'asile, de ne plus avoir de promiscuité et de contact avec les agités, les malpropres, les inconscients, de ne plus être soumis à une discipline stricte, à l'obligation de ces dortoirs où sont pressés les uns contre les autres, ceux qui crient, délirent, qui se plaignent et ceux qui voudraient pouvoir se reposer. La plupart ont ressenti l'ennui des murs, des cours fermées, de cette vie toujours la même, dont le cours uniforme n'est interrompu que par des événements toujours identiques, la visite médicale quotidienne, les corvées de quartier et les heures de repos.

Ce changement d'horizon, cette liberté plus grande a sur le psychisme des malades une influence heureuse. Des déments peu profonds, des chroniques inoffensifs, conservent bien souvent, en dehors de leur délire, un certain degré d'activité intellectuelle qui ne trouve pas à s'exercer à l'asile. Ils gagneraient à se trouver dans un cadre plus normal. On sait qu'après un internement prolongé, beaucoup de ma-

lades, tombent dans cet état de déchéance que les médecins écossais appellent « *asylum dementia* ». C'est un état d'atonie intellectuelle et morale qui vient compliquer l'affaiblissement sénile des facultés. Placé dans une famille et dans un milieu normal, ce malade, qui végétait de la même existence monotone depuis des années, arrive à utiliser les facultés qui lui restent et se reprend à vivre. Peu à peu, il s'intéresse à la maison, aux enfants, prend part à la conversation, se remet à acquérir quelques notions élémentaires et à s'occuper. « C'est encore un dément, dit le Docteur Marie, il ne peut être abandonné à lui-même, et ne peut subvenir à ses besoins, mais il est redevenu en quelque sorte une valeur sociale. »

Cette *réadaptation à la vie normale* qui se fait progressivement, les malades ne sont à même de l'apprécier qu'après un certain temps de séjour à la colonie, tandis qu'ils apprécient d'emblée la très grande liberté qui leur est laissée.

Cette liberté n'est pas et ne peut pas être absolue. L'aliéné calme et paisible peut sortir à sa volonté, se promener sans être suivi par un gardien, mais malgré cette liberté de circulation, il est réellement en tutelle et dans un état évident d'infériorité par rapport au reste de la population. Il est entouré à son insu comme d'un vaste réseau de surveillance qui l'enveloppe. Tout en ne se manifestant pas sous forme de murs, de portes et de gardiens, ce contrôle n'en est pas moins réel, il impose à chaque instant des limites à sa liberté et le fait vivre constamment

dans une atmosphère pleine de restrictions morales en même temps que matérielles.

Par cela même qu'il est malade, il est compris dans cette partie de la population qui impose à l'autre une pitié bienveillante et sur laquelle elle s'arroe un droit de tutelle que chacun impose à l'aliéné par le seul fait de la supériorité de la raison sur la folie. Cette surveillance générale que la population saine exerce, à tout instant, sur la population infirme n'est pas un des moindres attrails de Dun et d'Ainay pour un observateur attentif. On se demande comment il est possible de donner à des aliénés la même liberté qu'on laisse à des hommes sains d'esprits, et comment, dans de semblables conditions, les accidents ne sont pas plus fréquents, alors que ces malades sont abandonnés à eux-mêmes, sans aucune surveillance directe. Cela s'explique par ce fait qu'un certain nombre d'aliénés sont sous la tutelle d'un certain nombre d'habitants, ceux-ci étant toujours prêts à leur servir de guide et d'appui, les gouvernant à leur gré comme des enfants, soit par la douceur, soit par la ruse.

Moyen d'assistance supérieur par la liberté laissée au malade, le placement familial est aussi un *moyen de traitement*.

On lit dans Féré que « l'agent le plus puissant du traitement des maladies mentales consiste dans l'isolement ».

Pour Esquirol, le traitement « consiste à changer radicalement le milieu dans lequel vit le malade, en

le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, en l'entourant d'étrangers, en changeant toute sa manière de vivre ».

La colonie familiale réalise parfaitement cet isolement toujours préconisé. Le malade est soustrait à toutes ses habitudes, il est éloigné des lieux qu'il habite ordinairement, séparé de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, entouré d'étrangers. Le malade est transplanté dans un milieu différent de celui dans lequel il nourrissait son délire. L'isolement est ici réalisé sans séquestration.

Outre la thérapeutique par la liberté, l'assistance familiale permet d'appliquer aux malades un traitement moral qui sera la recherche d'émotions et de sentiments favorables qui sont créés par le milieu familial.

Après un séjour de plusieurs mois, voire même de plusieurs années à la colonie, on constate chez beaucoup d'aliénés chroniques, une amélioration qui reste la meilleure preuve qu'on réalise ainsi, pour des malades qui n'ont plus rien à gagner à l'asile, un traitement plus actif.

Une lacune importante de l'existence du malade à l'asile, est de s'opposer à sa rééducation psychique. Plongé dans une sorte de cristallisation de la pensée, la vie factice du milieu lui interdit plus ou moins l'utilisation de ce qui lui reste de raisonnement.

Le placement de l'aliéné chronique inoffensif dans une famille est un bienfait pour l'aliéné, qui est

ainsi replacé dans les conditions de la vie normale dans un milieu qui a été le sien.

Mais dira-t-on puisque le placement familial est une méthode de traitement pour beaucoup d'aliénés et que ce traitement a un effet favorable sur leur état mental, en guérit-on un certain nombre ?

En matière de maladie mentale, le critérium de guérison est donné par l'aptitude à la réadaptation sociale. En colonie familiale le mode d'existence est intermédiaire entre la vie asilaire et la vie normale, plus proche, beaucoup plus proche de cette dernière que de la première. Si le séjour en colonie se prolonge, on peut dire que la guérison est pratiquement réalisée.

A cette affirmation, on objectera que le nombre des sorties est restreint.

Or, il faut avoir présent à l'esprit que les colonies familiales sont des lieux d'assistance en même temps que de traitement et les pensionnaires des colonies y sont conservés en très grand nombre pour l'unique motif d'assistance. Si beaucoup de malades avaient des ressources personnelles ou familiales, ils pourraient sortir définitivement des colonies et être réputés socialement guéris. Mais comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, la plupart sont des sans familles et des raisons humanitaires font qu'ils sont conservés là où ils se sont constitués une nouvelle vie, un nouveau foyer, adoptés par une nouvelle famille.

Donc, *on guérit pratiquement à Dun et à Ainay,*

que l'on en sorte ou que l'on ne cesse d'y séjourner comme assisté, puisque dans les deux cas, on n'est pas isolé du milieu social, que l'on vit parmi une population composée d'hommes de mentalité normale, que l'on demeure enfin dans un foyer familial de gens sains d'esprit.

Nous insistons tout particulièrement sur l'importance donnée ici à l'aptitude à participer à la vie sociale comme base de l'appréciation du degré d'aliénation et de l'appréciation de la guérison des psychoses. Cette importance n'est pas exagérée autant qu'on pourrait le penser si l'on se bornait à la recherche des symptômes de la folie.

En effet, c'est l'inaptitude à participer à la vie sociale qui décide de l'internement ; tant qu'un « malade » n'est pas obligé d'interrompre sa vie sociale y compris sa vie familiale, il n'est pas plus « malade » que celui qui continue à travailler, que celui qui conserve ses occupations ordinaires.

En résumé, nous admettons que la « guérison » de l'aliéné, son amélioration si l'on veut, est marquée par le retour du malade dans l'ambiance normale. Ce fait justifie notre affirmation que la simple capacité de séjourner pendant un important laps de temps dans une colonie familiale équivaut à une guérison ou à une amélioration.

Si nous avons un peu insisté, c'est pour bien montrer le réel avantage de la colonie familiale pour les malades. Cet avantage est considérable sous le rapport de la *guérison sociale* des aliénés qui sont

réadaptés à une existence aussi proche que possible de la normale. Ensuite, pour une forte proportion des malades, la colonie familiale mérite bien réellement son nom par le séjour prolongé que font beaucoup de malades dans une même famille, séjour équivalent à l'acquisition d'un nouveau foyer.

Avantages pour la population

Le premier des avantages est de constituer une industrie locale. Avant la création de la colonisation familiale, Dun et Ainay étaient des villes mortes. Elles sont redevenues des centres d'affaires relativement importants. Le montant des budgets des deux colonies dépasse six millions. Cette somme importante sera dépensée à peu près intégralement dans la région. Voici pour le commerce local. Mais les nourriciers eux-mêmes, en prenant des malades chez eux, trouvent un avantage pécuniaire et réalisent un bénéfice appréciable. Il a été calculé, qu'en moyenne, dans un placement de deux malades, si la nourricière est une ménagère ordonnée, entendue, le bénéfice peut être évalué au prix du loyer de tout le logement.

Non seulement les colonies d'aliénés apportent une source de profits directement, par elles-mêmes, mais par la main-d'œuvre fournie par les pensionnaires, par certains et non pas tous.

Les hommes fournissent de la main-d'œuvre à peu

près uniquement agricole, ils s'occupent à des besognes inférieures, habituellement ils gardent des bestiaux, ramassent du bois mort, nettoient les étables. Peu importe, la population sait apprécier ce travail. Quelques-uns ont possédé une réelle habileté manuelle, très recherchée. Les services d'un ancien ouvrier en instruments de chirurgie sont fréquemment mis à contribution, le malade possédant une véritable virtuosité pour tremper les outils d'acier. On pourrait citer des exemples de tailleurs et de cordonniers. Le plus curieux des cas est celui d'un arriéré illettré qui exerça le métier d'horloger avec tant de conscience et de compétence qu'il se créa une clientèle importante et fidèle.

A Dun, les malades ont permis l'extension de l'industrie de la confection de lingerie à domicile, et comme les parisiennes sont manifestement plus habiles que les nourricières, elles ont éduqué celles-ci.

Les femmes participent plus que les hommes aux travaux ménagers intérieurs. Elles y prennent une part active, se livrent à quelques occupations maternelles, conduisent les enfants à l'école et les surveillent dans la maison quand ils sont petits.

Les hommes s'occupent souvent du jardin de leur nourricier, scient le bois.

L'occupation la plus fréquente pour les deux sexes et aussi l'une des plus appréciées est celle de commissionnaire, particulièrement dans les placements ruraux d'Ainay, à cause de la dissémination de ces placements et de leur isolement des agglomérations.

Au cours de leurs déplacements, les malades recueillent beaucoup d'objets perdus et les actes de probité à mettre à leur compte sont relativement fréquents.

A côté des actes de probité, doivent être signalés à l'actif de la colonisation familiale les actes de courage et de dévouement accomplis par des pensionnaires : on citera plusieurs sauvetages par des malades d'enfants tombés dans le canal ; plusieurs fois des malades ont arrêtés des chevaux emballés.

Les populations ont retiré du placement familial des avantages très importants sous le rapport de l'hygiène. La propreté des bourgs, moyen prophylactique contre les épidémies, est l'objet d'une attention soutenue de la part des médecins des colonies. Les Municipalités le comprennent très bien, d'autant que les malades hommes sont aptes à aider au nettoyage.

Les cabinets d'aisance, très primitifs dans les campagnes, ont été améliorés, mesure excellente encore pour maintenir un bon état sanitaire du pays.

Un autre avantage hygiénique que l'on n'a pas encore constaté à Ainay, c'est celui de la construction de logements neufs d'après les indications fournies par les médecins des colonies familiales. A Dun, au contraire, beaucoup de logements sont construits par d'anciens bateliers qui se retirent dans la localité avec l'intention de parfaire les revenus de leurs petites économies en prenant en pension des aliénés. Ils demandent des renseignements, à l'avance,

sur le cubage nécessaire et réglementaire pour les chambres destinées aux malades, sur la position des cabinets, du puits, etc... d'où des logements d'un type uniforme que l'on constate en nombre appréciable à Dun et qui réalisent un ensemble modeste d'hygiène et de confort, véritablement remarquables.

La création des établissements de bains dans les centres et certaines annexes des colonies, ont amenés chez les habitants, des habitudes régulières de propreté. Les bons de bains sont délivrés gratuitement, une fois par mois aux familles des nourriciers. Peu à peu, l'habitude de se baigner a été prise, par les femmes surtout. Les habitants non nourriciers sont admis à titre onéreux dans ces Établissements selon les possibilités du service.

Le rôle des médecins est très efficace dans la prophylaxie des maladies infectieuses. Leur action fut très estimée par la population et les autorités municipales, lors d'une grande épidémie de typhoïde, qui sévit à Ainay, un mois après l'installation de la colonie. L'influence médicale se fait encore sentir sur la tenue des intérieurs des nourriciers ; sur la fréquence des vaccinations (les pensionnaires étant vaccinés régulièrement) ; il en est de même à propos de l'hygiène infantile : une remarque est si vite faite par le médecin qui visite un placement, et un conseil est si vite donné, qu'à la longue la suggestion opère.

Enfin, nous signalerons un avantage qui a été très apprécié, au début particulièrement de la création des colonies familiales. Ce fut un notable abais-

sement des dépenses des bureaux de bienfaisance. En effet, les premiers nourriciers furent généralement ceux que le besoin pressait.

Cependant, au fur et à mesure du développement des placements, l'influence sur les dépenses communales d'assistance diminua et tendit vers un minimum. C'est qu'en effet, les placements pauvres n'offraient pas assez de confortable et que les pensionnaires refusaient bientôt d'y aller ; seuls les malades de propreté laissant à désirer, de caractère difficile, pouvaient y faire exceptionnellement un stage provisoire, de sorte que ces placements disparaurent progressivement.

En résumé, les avantages pour la population sont d'importance.

La colonisation familiale créa une sorte d'industrie locale avantageuse.

Elle fournit de la main-d'œuvre agricole ou industrielle selon le sexe des malades. Les malades rendent des services ménagers très appréciés des nourriciers.

Au point de vue de l'hygiène, la colonisation familiale a apporté une amélioration considérable dans la tenue des habitations des nourriciers, dans la tenue des bourgs. Pour l'hygiène individuelle, elle a créé des établissements de bains où la population est admise et donné de bonnes habitudes grâce aux Conférences aux nourriciers, et aux conseils du personnel médical.

Avantages pour l'Administration de L'Assistance départementale

Ce point de vue que nous abordons, mais que nous ne développerons pas se résume en ceci : *désencombrement des asiles de la Seine et économie réelle sur le budget départemental.*

L'encombrement des asiles est une question qui de tout temps a préoccupé et les médecins et l'administration départementale. Cet état de chose est à beaucoup d'égard regrettable et préjudiciable. On lit dans une note sur l'assistance familiale des aliénés par le Docteur P. Brousse au Congrès d'assistance de Rouen de 1899 : « L'asile encombré ne peut offrir de place libre et facile aux entrées précoces, d'où un retard à l'internement et à l'admission des malades, après la phase initiale du début, le seul propice à l'intervention curative. Si encore les chroniques à l'état naissant pouvaient être l'objet d'une attention spéciale et soutenue et concentraient sur eux les efforts du médecin ! Mais, non, ils sont répartis dans les sections de 50 à 60 malades chacune, catégorisés non pas cliniquement, mais en gâteux, agités, semi-agités, tranquilles et travailleurs. On voit que c'est là une classification d'infirmier, mélangeant les variétés les plus disparates et les confondant.

Dans les sections, le médecin passe chaque jour, comme le général devant ses troupes, il ne peut

voir que la masse en bloc et perd de vue l'individu. Que peut faire, dans ces conditions, l'aliéniste le plus distingué ?

Le public nous demande des cures et notre organisation administrative permet à peine un diagnostic précis, car on ne peut considérer comme un diagnostic précis les certificats officiels et les registres légaux. Je le demande à tous, est-il une affection qui nécessite pour être connue et traitée, un examen plus approfondi, une observation plus minutieuse, plus prolongée, plus intime que la folie ? Aucun médecin de nos asiles publics ne saurait nier que l'organisation actuelle de la plupart de nos services d'asiles proprement dits, nous met dans l'impossibilité matérielle de procéder à un tel examen de tous les malades confiés à nos soins, dès lors on ne saurait nous reprocher notre impuissance thérapeutique, alors même que la guérison de la folie serait une question plus avancée et mieux résolue ».

Depuis cette époque les médecins d'asile n'ont jamais cessé de déplorer l'encombrement de leurs services. A l'heure actuelle, plus de 30 ans, après cet exposé de la situation par Paul Brousse, la situation est la même, et le nombre considérable des entrées dans les asiles de la Seine, la rend peut-être encore plus aiguë.

Or, le nombre est grand des déments chroniques dans les asiles. Il y en a actuellement 1.500 dans les colonies familiales c'est un commencement de désen-

combrement. Mais un choix plus rationnel permettrait d'en envoyer davantage.

Tous ceux que leurs fonctions appellent à s'intéresser au sort des aliénés maintenus dans les asiles de la banlieue de Paris, reconnaissent qu'il est indispensable d'étudier la question de l'encombrement, son importance et son urgence ne sauraient être contestées.

Un des moyens de désencombrement des asiles est le placement familial.

En 1899, au Congrès d'assistance publique, entre autres conclusions on avait adopté la suivante : « L'asile doit être considéré comme un instrument de traitement et de guérison, et comme corollaire, à côté de l'asile, les colonies et l'assistance familiale doivent être développées le plus largement possible pour obvier à l'encombrement des asiles.

Le médecin de traitement indiquera les catégories des malades qui sont en état de jouir de l'assistance familiale et surveillera les colonies ».

Un autre avantage à considérer quand on étudie les colonies familiales, est la question de l'économie réalisée par ce mode d'assistance. Il y a en effet, un fait incontestable, c'est que le nombre des aliénés augmente dans une proportion telle que leur entretien devient une charge excessive pour les contribuables. L'économie dans la construction des asiles, et une meilleure organisation du travail des malades valides ne sauraient être trop encouragés dans le but de diminuer les charges ; mais ces moyens ne

sont pas les seuls : l'assistance familiale permet de réaliser des économies, tout en assurant aux malades tous les soins nécessaires. Actuellement le prix de journée à Dun est de 10 fr. 18 et à Ainay de 11 fr. 50, alors qu'il est de 25 fr. en moyenne dans les asiles de la Seine. L'économie annuelle serait facile à calculer.

CHAPITRE II

LES INCONVÉNIENTS DU PLACEMENT FAMILIAL

L'importance que nous attachons au développement de ce chapitre pourra sembler paradoxale ; notre but n'est pas ici de montrer l'impossibilité du système de l'assistance familiale, mais au contraire d'étudier les inconvénients qu'il faut éviter par un choix judicieux des malades, choix sur lequel repose tout le bon fonctionnement de l'œuvre. Les détracteurs du système en avaient fait ressortir uniquement les inconvénients. Nous en avons indiqué les avantages incontestables, nous verrons que, parmi les inconvénients qui pourraient exister théoriquement, la plupart sont pratiquement inexistants.

Dans un rapport au Préfet de la Seine, le Dr Pochon, ancien Directeur de la Colonie d'Ainay-le-Château, faisait remarquer très justement : « Tous ceux que les Colonies intéressent savent combien

on vante cette liberté relative, cette vie au grand air, cette initiative qu'elles permettent, mais il faut bien aussi exposer les points faibles et les dangers de la Colonie. Qu'on ne voie pas là une mauvaise tendance et le dénigrement de l'œuvre. On n'améliore pas une œuvre en proclamant chaque jour son excellence. Ne travaille-t-on pas mieux à son perfectionnement en montrant ses défauts et en signalant les retouches qui sont nécessaires ? »

Dans l'étude de ces inconvénients, nous suivrons le même plan que dans l'exposé des avantages :

- 1^o Inconvénients pour les malades ;
- 2^o Inconvénients pour la population ;
- 3^o Inconvénients pour l'administration départementale.

Inconvénients pour les malades

Les sources en sont multiples. Nous étudierons successivement :

- 1^o Les inconvénients dus à la liberté même accordée aux malades.
- 2^o Les inconvénients pouvant résulter de l'exploitation possible des malades par les habitants et les nourriciers ;
- 3^o Les inconvénients venant des nourriciers ;
- 4^o Les inconvénients provenant des familles des malades ;

5^o Les inconvénients dus à l'éloignement de Paris.

Les inconvénients, conséquence de la libération des aliénés, peuvent se ranger sous deux chefs principaux : accidents de l'arrivée, accidents du séjour.

A son arrivée à la colonie familiale, le malade se trouve en proie à une espèce d'ivresse causée par le grand air, l'espace, la liberté. Le plus souvent, cette sorte d'ivresse ne se manifeste que par un besoin exagéré de mouvement qui se traduit généralement par de longues promenades. Parfois on constate des fugues et des évasions plus ou moins réussies. Plus grave est la réapparition du délire avec ou sans réactions motrices : discours, lettres, conception et entreprise de projets longtemps contenus par la contrainte de l'asile. Généralement le calme revient peu à peu.

Exceptionnellement, l'espèce d'ivresse due à la liberté devient telle qu'un accès franc de délire éclate. Dans les cas observés par le Docteur Ameline, c'est la forme érotique qui s'est manifestée le plus souvent sous la forme d'exhibitionnisme plus ou moins complet : femme se promenant toute nue dès la première nuit de son entrée en famille ; homme s'exhibant ou tenant des propos inconvenants en public.

Chez les femmes sont occasionnellement constatées des manifestations de coquetterie parfois trop voyantes pour être tolérées.

Tous ces cas se terminent par la réintégration en

asile fermé, par suite de l'impossibilité d'habituer les malades graduellement à la présence du sexe opposé au leur.

Parmi les cas présentant peu de gravité, nous citerons l'exemple de cet inventeur persécuté mégalomaniaque, qui prétendait vendre à l'Etat « une brouette équilibrique », et qui, dès sa mise en pension dans une famille, s'empessa de construire un engin étrange, dont il prétendait démontrer les avantages aux habitants de la région, soit comme brouette, soit comme « corbillard roulant ».

D'autres malades, à leur arrivée, manifestent une activité qui serait presque normale s'ils étaient légalement en liberté, mais qui ne peut être tolérée à la Colonie.

Enfin, pour en terminer avec ces incidents dus à la libération, nous dirons que pour les hommes vivant en liberté en colonie familiale, les questions d'électorat et d'éligibilité peuvent se poser. Voici à ce sujet une observation fort amusante : c'est le cas d'un intermittent qui, pendant les périodes d'excitation intellectuelle, était atteint de graphomanie. Il rédigeait alors des mémoires avec une abondance extrême. Ces mémoires touchant la médecine, étaient adressés aux Sociétés contre l'abus du tabac et de l'alcool, à la Société dosimétrique, etc... Sociétés qui lui ont décerné en peu de temps plusieurs médailles et diplômes, plus dix prix d'argent.

Il envoyait encore aux journaux locaux de copieux

et de nombreux articles sur l'hygiène publique ou autre.

Il finit ainsi par se faire connaître et reçut des demandes de consultation par correspondance auxquelles sans être pharmacien ni même médecin, il répondait en donnant des conseils judicieux, en particulier, celui de s'adresser à un docteur.

Ayant acquis une certaine renommée, le malade fut atteint d'ambition politique. « Le petit Docteur » comme on l'appelait un peu par dérision voulut se faire inscrire sur les listes électorales. Ayant essuyé un refus, il posa l'affaire devant le juge de paix, qui jugea qu'il devait être inscrit. Plus tard, comme on s'était refusé à recevoir son bulletin de vote, il obtint du Conseil de Préfecture, une décision lui donnant encore raison. Lors des élections municipales, il obtint même 250 voix environ, mais ne put être élu, ce qui ne posa pas à son sujet la question de validation d'un mandat municipal.

Il ne faut pas exagérer les choses et penser qu'une municipalité pourrait tomber aux mains de pensionnaires. D'abord parce que le médecin réussit généralement très facilement à calmer les velléités politiques du malade, et ensuite parce que les polémiques qui ne manqueraient pas de se produire dans ces circonstances, pourraient motiver le réinternement d'un pensionnaire susceptible de troubler l'ordre public par sa conduite anormale.

Tous ces incidents sont en général bénins, il est toujours facile d'y remédier par une surveillance

sévère et la réintégration dans un asile fermé quand c'est nécessaire. Nous arrivons aux accidents de séjour ou accidents proprement dits. Nous éliminons les accidents occasionnés par des morsures d'animaux, de chutes d'échelle, des chutes dans un puits ou dans la rivière, accidents qui présentent rarement une gravité réelle.

Il n'en est plus de même des suicides, dont l'accomplissement est plus facile à la colonie que dans un asile. Il faut ajouter bien vite que grâce aux précautions et à la surveillance, ils sont réellement rares. A Dun, où il y a plus de 1.100 malades traitées, aucun accident de ce genre n'est survenu pendant l'année 1930, et un seul en 1931 par submersion. En 25 ans à Ainay, on a eu à déplorer 5 suicides dont 4 par pendaison, un seul par précipitation du 1^{er} étage, mais ce dernier qui s'est produit à l'infirmierie n'est évidemment pas à mettre au compte du système familial.

Les cas d'ivresse, qui sont sévèrement réprimés, réintégration rapide en asile fermé, ne dépassent pas à Ainay 3 à 4 par mois, même en comprenant dans ces nombres les cas légers.

Les fugues et les évasions ou tentatives d'évasion, sont plus fréquentes, Quelques-unes sont dues au désir de revoir Paris, de retrouver le mari ou la femme, les enfants, mais le plus grand nombre est dû à un mécontentement, une altercation avec un autre malade ou avec un nourricier, d'autres aux hallucinations etc...

Les évasions sont relativement peu fréquentes. En 1931, à Dun on compte 4 évasions, 11 tentatives et 12 fugues. A Ainay, en 1930, 2 évasions.

Telles sont les diverses variétés d'accidents qui peuvent arriver aux malades placés dans les colonies familiales. Sauf en ce qui concerne les évasions, il faut reconnaître que, ni comme fréquence, ni comme faits, ils ne dépassent ce que l'on peut constater dans les asiles ordinaires et cela malgré les difficultés que rencontre la surveillance médicale des pensionnaires répartis sur un vaste territoire.

Cet examen vient de nous montrer combien en réalité étaient minimes les inconvénients dus à la liberté accordée aux malades, en regard de l'heureuse influence qu'elle peut avoir sur leur état mental.

On a prétendu que les malades risquaient d'être « exploités » par les habitants et les nourriciers qui nourrissaient insuffisamment les pensionnaires ou les faisaient travailler exagérément.

L'origine de cette seconde crainte est dans la pratique du système Belge. En Belgique, en effet, les malades doivent, s'ils en sont capables, leur travail aux nourriciers. Mais toute différente est la réglementation adoptée dans les colonies familiales de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château. Si les malades travaillent pour les nourriciers, ils doivent être rétribués d'une manière contrôlable, soit en argent, soit en douceurs, ou en suppléments de régime. C'est une question de surveillance, qui est facile à exercer, parce que les malades sont parfaitement renseignés

sur leurs droits, soit par le personnel médical, soit par les autres malades. D'ailleurs ils savent toujours réclamer un salaire pour tout service rendu ou qu'ils se figurent avoir rendu.

Ce travail n'est certainement pas payé à un taux très élevé, mais l'exemple est donné par l'Administration de la Colonie elle-même, quand elle octroie un pécule à ceux qui travaillent dans les ateliers du siège central.

Si l'on compare les salaires accordés aux malades, soit au siège central, soit chez les nourriciers ou les habitants on trouve qu'ils sont bien supérieurs quand ils travaillent en ville.

L'administration accorde au malade travaillant pour son compte, un pécule de 0, 50 à 1 fr. alors que le gain quotidien ordinaire des malades travaillant en ville est de 2 à 3 fr. A Dun, certaines pensionnaires habiles, brodeuses par exemple, s'entendent même parfois avec des maisons parisiennes et arrivent à des salaires journaliers très satisfaisants.

Bien souvent les malades ne travaillent pas pour leurs nourriciers, mais pour des habitants étrangers à la colonie, et ils sont en général, suffisamment conscients pour se rendre compte qu'on leur doit quelque chose, et ne sous-estiment pas les services qu'ils ont rendus.

La direction de la colonie n'autorise les malades à travailler chez telle ou telle personne du pays qu'après enquête ou renseignements précis, et même, pour certains malades capables de rendre une somme

de travail très appréciable, le médecin fixe le salaire, et au besoin, en fait verser le montant à la caisse de la colonie, chaque quinzaine ou chaque mois ; les versements sont inscrits au compte dépôt du pensionnaire qui prélève de temps à autre, ce qu'il lui faut pour ses petites fantaisies.

Pour les malades femmes de Dun, qui travaillent pour des entreprises de confection de lingerie, on exige des employeurs le paiement en argent, alors que le salaire est payé habituellement en nature aux habitants du pays.

Si un pensionnaire paraissait « exploité », il serait immédiatement empêché de travailler dans les conditions jugées désavantageuses pour lui.

Quand une réclamation est faite dans ce sens, si les résultats de l'enquête justifient les plaintes du malade, le pensionnaire est retiré du placement. Comme il y est fait droit sans hésiter, les nourriciers se le tiennent pour dit, et prennent leurs précautions à l'avance, en octroyant au travailleur, à défaut d'argent, des avantages en nature.

L'attention des médecins, à ce sujet, est constamment en éveil et les recherches, à ce propos, sont toujours actives, sans relâche.

Au sujet de la nourriture, l'exploitation des malades par les nourriciers est à surveiller. Mais les aliénés, en général, sont très sensibles à ce qu'ils mangent et attachent une importance extrême à leurs menus. Aussi savent-ils se plaindre si la table leur paraît insuffisante.

En admettant que les malades soient trop inconscients pour se plaindre, les moyens directs ne manquent pas pour éprouver la valeur de la nourriture dans un placement nouveau, car les anciens placements sont connus. Ces moyens directs consistent d'abord en tournées effectuées par le surveillant ou le médecin au moment du repas. Ensuite, le plus démonstratif est la pesée régulière des pensionnaires, pesée à laquelle on procède chaque fois que les malades se rendent aux bains, c'est-à-dire, mensuellement. Les chiffres obtenus sont inscrits sur un registre spécial qui renseigne exactement sur les placements à surveiller et les malades à mettre en observation, au besoin, à l'infirmierie, pendant le temps qu'il faut.

On voit donc que les économies excessives que les nourriciers pourraient pratiquer sur l'alimentation des malades, aux dépens de la santé de ceux-ci, sont rendues impossibles, grâce à la surveillance médicale.

D'ailleurs, une bonne preuve que la santé des malades ne souffre pas du régime familial, est donnée par les tableaux des âges des malades et par le pourcentage des décès.

La mortalité est des plus minime dans les colonies et de beaucoup inférieure à celle des asiles d'aliénés.

La longévité est grande à Dun et à Ainay. A Dun, en 1931, sur 1.275 malades traitées, on en comptait 109 âgées de plus de 75 ans, et à Ainay en 1930, sur 376 malades traités, on en comptait 39 de plus de 75 ans.

On relève toujours quelques plaintes contre certains nourriciers à propos d'histoires d'argent. Des détournements ont été tentés, mais chaque fois que l'Administration de la Colonie a été saisie de l'affaire, les indécatesses n'ont pas réussies. Des sanctions ont été prises contre les nourriciers malhonnêtes, telles que suppression définitive du placement et même à Ainay une peine de 2 mois de prison et 700 francs d'amende a été prononcée contre un nourricier, pour détournement de donation à son profit.

Exploitation du travail, mauvaise nourriture, détournements d'argent, quand ils existent, sont des inconvénients pour les malades, imputables aux mauvais nourriciers. Mais, il faut bien le dire, ils sont en minorité, car le très grand nombre sont de braves gens, bons, doux, dévoués avec les malades. Les mauvais nourriciers peuvent avoir un effet néfaste sur l'état mental des malades. Maladroits et stupides, ils irritent le malade en discutant avec lui et en essayant de le convaincre de l'absurdité de son délire. Ces mauvais nourriciers cachent souvent un incident survenu dans l'état mental ou dans l'état physique de leur pensionnaire, car ils sont très intéressés à cacher les faits qui peuvent être la cause de la réintégration d'un malade à l'infirmerie. Ils tirent un bénéfice du séjour des malades chez eux ; par suite, le retrait d'un de ces malades, pour une cause quelconque, est pour eux, une perte de gain.

Le Docteur Truelle a dit fort justement : « L'in-

térêt du nourricier fait souvent tort à son humanité ». Mais l'Administration de la colonie, toujours en éveil pour assurer le maximum de bien-être à ses malades, a adopté une série de mesures contre les mauvais nourriciers d'une part et d'autre part au moyen des primes a cherché à susciter une émulation entre tous les nourriciers.

De plus, le malade qui a à se plaindre d'eux, adresse non seulement ses récriminations au Directeur et aux médecins de la colonie, mais également à sa famille, au maire, au juge de paix, au Préfet de la Seine, au Procureur de la République, ce qui amène des enquêtes, des réponses, des certificats de situation.

Quelquefois, la propre famille du malade présente en colonie familiale un véritable inconvénient pour celui-ci. Les relations avec sa famille, orales ou écrites, peuvent avoir sur son psychisme, un effet désastreux.

Souvent les parents, et malgré le règlement, écrivent directement au nourricier pour avoir des nouvelles de leur malade.

Cette absence de contrôle de la correspondance est une des imperfections du système familial. Il arrive qu'un aliéné tranquille est ému par la nouvelle, trop brutalement annoncée, de la mort d'un de ses parents, et fait une période de trouble mélancolique.

Mais ceci, en général, est rare et souvent, la famille au début hostile à ce genre d'assistance, se rend rapidement compte de l'intérêt qu'elle présente et

ne cesse d'engager le malade à écouter les conseils de ceux qui le dirigent afin qu'il bénéficie longtemps de ce maximum de liberté qu'il est possible de lui accorder.

Il arrive encore que des plaintes mal fondées d'un pensionnaire dans une lettre aux siens, sont retournées par la famille, sous forme d'injures aux nourriciers, qui rendent ensuite le malade responsable de la sottise des siens. D'autres fois aussi, des parents bien intentionnés envoient directement de l'argent à leur parent, ce qui permet les excès de boisson et facilite les évasions.

Les visites ne peuvent pas aussi strictement être surveillées à la colonie qu'à l'Asile. Par leurs conversations imprudentes ou même leurs disputes, certains viennent troubler chez ses nourriciers un malade jusque-là tranquille, et rompre l'harmonie d'un placement bien ordonné. Le Docteur Marie rapporte que la fille d'une pensionnaire fit aux nourriciers gardant sa mère un tel tableau des périls qu'ils couraient en gardant chez eux une malade aussi dangereuse, que les nourriciers, effrayés, rendaient aussitôt la pensionnaire à la colonie.

Les exemples si fréquents chez les parents d'aliénés de manque de jugement, d'instabilité d'humeur et de sottise, sont un des meilleurs arguments à invoquer contre le principe de l'assistance directe dans la famille du malade.

Certains pensionnaires sont très affectés de l'éloignement de Paris. Les uns sont privés de la visite

de leurs parents, de leurs amis, à cause des difficultés et de la longueur du trajet pour se rendre à Dun et à Ainay. Les autres objectent qu'ils ont toujours vécu à Paris, dans la grande ville et qu'ils vont s'ennuyer à la campagne.

Il faut reconnaître la valeur de l'argument des premiers et c'est pourquoi le choix des malades pour le placement familial doit être fait de préférence, lorsqu'on a pu leur faire comprendre l'intérêt qu'ils pourraient en retirer, parmi ceux qui sont dépourvus de famille ou peu visités par celle-ci à l'asile, ou bien que, d'accord avec leur famille, ils aient demandé à venir à la colonie. Quant aux seconds, leur argument est peu valable, après un certain temps, ils s'adaptent rapidement à la vie rurale.

*
* *

Inconvénients pour la population

Les dangers que pourrait courir une population normale du fait même de la présence parmi elle de malades atteints de troubles mentaux, ont été longtemps invoqués, pour démontrer l'impossibilité d'installer une colonie familiale en France.

L'expérience a montré que ces dangers sont en réalité réduits à quelques inconvénients, encore n'ont-ils jamais provoqués aucun incident grave :

Ces inconvénients sont de trois ordres :

1^o Ceux que l'on a craints pour la population ;

2^o Ceux dont se plaint en réalité la population ;

3^o Ceux regardés par elle comme à peu près insignifiants.

Voyons d'abord les inconvénients que l'on a craints pour les habitants. On a beaucoup parlé de l'incitation à la paresse. Certains esprits excellents ont reproché au système familial que le bénéfice tiré par les nourriciers, de l'entretien des malades, pousse et conduit les hommes à la paresse. Il n'en est rien. Les hommes s'occupent très peu du placement des malades. La chose regarde à peu près uniquement la ménagère. Le mari travaille tout autant car le bénéfice réalisé par la femme est pour elle et pour les enfants. Si le bénéfice équivaut au loyer de la demeure commune, comme nous l'avons dit par ailleurs, cela ne veut pas dire qu'il sert effectivement à payer ce loyer. Il n'est utilisé que pour le superflu, et l'homme doit travailler comme auparavant il le faisait pour le nécessaire. Ce supplément de ressources permet d'ailleurs une hygiène meilleure de l'habitation, profitable non seulement aux malades mais aux nourriciers eux-mêmes.

Il est légitime que la nourricière profite, pour ainsi dire seule, du placement familial, puisque c'est elle qui a la charge de la tenue de la chambre, de l'entretien de la literie, de la préparation de la nourriture, du blanchissage du linge, du nettoyage des vêtements, de la surveillance souvent pénible, puisque c'est elle qui vient à la paie, qui règle les fournisseurs et renouvelle les approvisionnements.

C'est toujours à la femme que le médecin et le visiteur ont affaire.

On a craint le risque de la contamination des populations rurales par les aliénés, particulièrement en ce qui regarde la syphilis et la tuberculose. On n'a jamais constaté un cas de syphilis apporté par un pensionnaire à un nourricier. Les aliénés admis au placement familial, s'ils sont syphilitiques, ne sont pas porteurs de lésions contaminantes, ils sont porteurs ou de syphilis héréditaire ou de syphilis tertiaire non contagieuse et tout à fait inoffensives pour autrui.

Quant à la tuberculose, il n'y a guère de risque de contagion non plus. Un bacillaire n'est pas un malade plaçable en famille. D'abord les médecins ne le proposent pas et ensuite il n'aurait guère de chances d'être accepté par des nourriciers. Si un cas de tuberculose survient chez un malade déjà placé, il est examiné, des crachats sont analysés, il est immédiatement conduit, si nécessaire, dans une infirmerie, pour y recevoir les soins que nécessite son état.

Enfin, on a invoqué la contagion de la folie entre les aliénés et leurs nourriciers ou d'autres habitants ! La folie, le délire n'est communicable que par persuasion. Or, les malades sont bien considérés comme tels et non comme gens sains d'esprit. Si les nourriciers pouvaient croire à l'intégrité cérébrale des aliénés, leurs pensionnaires, il serait possible que le délire fut dans certains cas, partagés avec eux,

mais les campagnards sont prudents, une expérience quotidienne leur a prouvé que les apparences sont trompeuses : « Etes-vous satisfaits ? oui, répond la nourricière, oui, jusqu'ici il a l'air bien convenable, mais pourvu que cela dure ? A force de vivre avec un aliéné, ses bizarreries deviennent manifestes, d'autant plus que la liberté dont jouit le malade lui fait oublier toute précaution, toute réticence et qu'il se livre bientôt. Nous allons maintenant examiner les inconvénients dont se plaignent effectivement les habitants à tort ou à raison.

La population a souvent protesté avec énergie contre la concurrence que le travail des malades faisait à la main-d'œuvre locale.

Avec la crise du chômage, cette question est redevenue très actuelle, aussi l'administration surveille très attentivement le travail des malades afin d'éviter tout incident.

Dans des petites villes comme Dun et Ainay, la présence de malades et de tout le personnel que comporte leur surveillance a été souvent accusée de la cherté de la vie et de l'augmentation du prix des loyers. Aucune preuve démonstrative n'a jamais pu être apportée à l'appui de cette assertion. De plus, que deviendraient ces agglomérations sans les dépenses élevées occasionnées par la vie même de tous ces malades et de tout le personnel ?

Ces considérations mises à part, il nous faut aborder un chapitre capital, celui des plaintes justifiées, qui sont la conséquence des actes délictueux

commis par les malades et aussi de la présence des épileptiques convulsivants.

Les plaintes dues aux actes nuisibles mis à la charge des malades sont plus nombreuses à Ainay qu'à Dun. Les aliénés hommes sont plus turbulents pour les habitants que ne le seraient des femmes. Il nous faut tout d'abord éliminer les cas assez fréquents d'accusation non fondée.

Bien souvent on met à la charge des malades des faits dont ils ne sont pas responsables. Ce pourrait être très avantageux et c'est souvent si commode ! Un jour un enfant revient de l'école avec le bras cassé et met en cause la brutalité d'un pensionnaire. La mère aussitôt fait mander à plusieurs kilomètres médecin, fournitures de pansements « puisque c'est la colonie qui paiera ». Mais l'enquête de la colonie, les bavardages d'autres enfants, convainquirent la mère que la fracture du bras était le résultat d'une chute pendant l'escalade d'une clôture ! Bien d'autres exemples de ce genre pourraient être cités.

A la vérité, les pensionnaires, hommes ou femmes, sont bien parfois auteurs de vols, de maraudages, la plupart du temps insignifiants du reste. Bien souvent, de petits incidents ont eu lieu avec des propriétaires qui se plaignaient si des malades passaient dans leurs champs, s'asseyaient dans l'herbe ou cueillaient des fleurs. Ils obligeaient même le garde-champêtre à dresser procès-verbal. Le Docteur Marie avait trouvé un moyen d'éviter ces ennuis.

Après avoir payé, au début, les indemnités réclamées, puis fait payer les nourriciers coupables de n'avoir pas su empêcher le délit, il a adopté la méthode chinoise qui consiste à punir ou à récompenser le gendarme, selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas de délit. Si donc les gendarmes arrivent, par un redoublement de surveillance, à ce qu'il n'y ait pas de contravention, ils passent à la caisse à la fin de l'année et touchent une prime. Si l'un d'eux laisse commettre un délit, les frais causés par le malade sont payés par la colonie, mais le garde ne reçoit pas de gratifications.

La méthode est excellente et son application évite bien des histoires.

Les violences des malades envers les habitants sont rares.

Tout se borne presque toujours à des menaces, à des insultes. Un pensionnaire qui montrait son couteau a dû être réintégré dans un asile. A Dun une démente vésanique, habituellement calme, et quittant rarement la maison de ses nourriciers, un jour en sortant des bains, entre dans un jardin et cueille des poires qu'elle entasse dans un panier. La propriétaire accourt, c'était une femme âgée. Elle essaye de s'opposer au larcin. La malade la renverse la frappe assez violemment, il en résulte une entorse du genou, avec hémarthrose. Les parents de la blessée, et la blessée elle-même, ont été très modérés dans leurs réclamations, et ne voulaient pas porter plainte, de peur de nuire à la nourricière,

leur voisine. La malade a été réintégrée à l'infirmierie et la nourricière qui ne l'avait pas surveillée a été blâmée. D'après le règlement elle aurait dû payer les frais de médecin et de pharmacien ; comme elle était très pauvre, la direction de la colonie prit à sa charge, les soins nécessités par l'état de la blessée, qui du reste, n'a rien gardé de son accident.

A Ainay, un malade en proie à un accès de colère tua un porc à coups de fourche, un autre cassa pour s'amuser les pattes de plusieurs poules.

De nombreuses plaintes ont été formulées contre des pensionnaires par des gardes-forestier ou des gardes-pêche.

Pour en faire du bois de chauffage les malades allaient saccager des arbres dans les forêts. Il a suffi de rappeler aux nourriciers qu'ils étaient responsables pénalement et pécuniairement des agissements répréhensibles des malades dont ils avaient la surveillance pour faire cesser ces agissements.

Pour la pêche, il arriva que des malades se livrèrent à un véritable et trop fructueux commerce de poissons. Après entente avec les sociétés fermières de pêche, il a été convenu que des cartes seraient délivrées gratuitement aux seuls malades, ne se livrant pas au commerce du poisson. Ainsi a été supprimée une catégorie de plaintes, pendant un moment, assez nombreuses.

A Dun, il n'a jamais été signalé d'incendies. A Ainay, on relève une demi-douzaine d'exemples de menaces ou tentatives d'incendie. L'une volontaire,

les autres non, allumées soit dans la forêt, soit chez les nourriciers et qui ne causèrent que des dégâts absolument insignifiants.

Les excès de boisson, cependant relativement assez fréquents, ne vont pas jusqu'à inciter les malades à la violence. Tout se borne à quelques disputes ou bousculades.

A Dun, un système mis en application par le Dr Rodiet, s'est avéré efficace pour restreindre la consommation de l'alcool chez les sujets qui, sortis des asiles se remettent à boire.

Lorsqu'une malade reprend ses habitudes d'alcoolisme, elle est surveillée. Le marchand de vins qui vend de l'alcool à la malade, d'ordinaire du rhum ou de l'eau-de-vie, est toujours découvert. La pensionnaire est retirée de son placement et envoyée dans une annexe à la campagne, où n'existe pas de marchands, si possible, ou, s'il y a lieu, réintégrée dans un asile fermé ; elle est, en tous cas, soumise à un contrôle actif. La nourricière ne manque pas généralement de se plaindre et vient réclamer au centre de la colonie une autre pensionnaire. A cette demande, il lui est répondu : « Vous devez empêcher votre malade de boire, et, dans tous les cas, nous prévenir immédiatement de ses mauvaises habitudes. D'un autre côté, si votre pensionnaire a été retirée c'est la faute de M. X... marchand de vins. S'il n'avait pas vendu de l'alcool à une malade, vous auriez encore chez vous cette femme, à laquelle vous teniez. Vous n'aurez pas d'autres malades

avant longtemps, à moins que M. X... ne s'engage par écrit à ne plus vendre d'alcool à nos pensionnaires. »

Le marchand de vins à qui cette aventure, plusieurs fois sera arrivée, se tient sur ses gardes, d'autant plus que la nourricière ne se contentera pas d'ordinaire de l'injurier, mais lui retirera sa clientèle, la plupart du temps ; par ses récriminations et ses plaintes chez les voisins, elle contribue à lui faire du tort auprès des autres nourriciers. Les débiteurs s'aperçoivent, avec ce système, qu'ils perdent plus qu'ils ne gagnent à vendre des boissons alcooliques aux malades de la colonie. Certains d'entre eux ont adopté une autre méthode, ils mélangent d'eau, dans une forte proportion, le rhum ou l'eau-de-vie qu'ils vendent aux aliénés. Ainsi coupé, l'alcool est moins dangereux et la fraude, en définitive, est profitable au malade, qui, s'il n'en a pas pour son argent, s'intoxique moins rapidement.

Lorsque toutes les recommandations sont inutiles, le retour dans un asile fermé est nécessaire. C'est le seul moyen d'éviter toute une série de rechutes aux malades, des inconvénients à la population et bien des ennuis aux médecins de la colonie.

Il est, du reste, préférable de ne pas envoyer d'alcooliques à la colonie familiale.

Pour en finir avec ce chapitre des réclamations que les habitants font contre les pensionnaires, nous dirons que les plaintes les plus tenaces, les plus véhémentes, les plus justifiées aussi à certain

point de vue, concernent les épileptiques ayant des crises convulsives pendant le jour. Les nourriciers et autres habitants ont une véritable terreur des malades « qui tombent ». Les épileptiques doivent donc être bannis du placement familial.

Il nous reste à traiter de toute une catégorie de faits, regrettables en soi, mais que la population tolère aisément, ou néglige. Ce sont les extravagances de quelques pensionnaires ou les actes divers offensant la pudeur.

Les extravagances sont très facilement tolérées par la population d'autant plus que le côté amusant en est le plus habituellement perçu, et qu'en réalité, aucun dommage matériel n'en résulte.

Les extravagances de costume sont, en général, sans importance.

Quelques pensionnaires parent leurs vêtements de colifichets excentriques ou se fardent d'une façon trop apparente. On veille seulement à ce qu'il n'y ait pas exagération trop ridicule. On voit quelquefois des persécutées mégolomaniaques porter l'été des fourrures et un manchon, des voilettes blanches épaisses. Des déments atteints de collectionnisme ornent leurs vêtements de décoration les plus invraisemblables. Les habitants se détournent à peine, ou jettent sur ces pauvres déments un regard amusé ou plein de pitié.

Des hallucinés répondent à haute voix dans les rues aux « Invisibles » qui les persécutent, se retournent en proférant dans le vent des protestations

et des reproches. Tant que ces réponses ne sont point injurieuses ou malsonnantes, personne n'y fait attention. Si des gesticulations accompagnent les réactions aux hallucinations, s'il y a des injures qui entraînent des altercations fréquentes, on peut être conduit à réintégrer le malade en asile fermé. Le plus souvent des jeunes gens sans pitié traitent le malade de « maboul » et à cela se borne l'affaire, car le malade suit le conseil qu'on lui donne d'éviter les endroits trop fréquentés par des passants.

Certains malades qui, pour proférer leurs injures, leurs protestations, s'isolent, peuvent alors être conservés à la colonie familiale quoique leur délire soit beaucoup plus actif que celui d'autres qui délirent publiquement.

Parmi les extravagants se rangent les malades qui se persuadent ou, parfois, que, par plaisanterie, l'on persuade, de pouvoir épouser telle personne du pays. Il suffit alors de déplacer le malade pour mettre un terme à ces chimères matrimoniales.

Un autre genre de réaction dont la population a eu parfois à se plaindre, est la réaction épistolaire. Des malades profitent de leur liberté pour expédier de nombreuses lettres, des pétitions aux pouvoirs publics, à des célébrités dont les noms ont été révélés par les journaux.

Ces manifestations n'attirent qu'exceptionnellement les réclamations des destinataires à qui l'on conseille la résignation s'ils ne veulent rendre nécessaire le réinternement d'un malade qui profite avec

trop d'expansion de la liberté partielle dont il jouit à la colonie familiale. Cependant, toutes les fois que des pensionnaires sont soupçonnés d'envoyer des lettres anonymes, ils sont réintégrés dans un asile fermé.

Nous signalerons également que des accès d'excitation psychique ont été provoqués chez des pensionnaires par certains articles maladroits sur les asiles et les médecins d'asile, parus dans de grands journaux quotidiens.

Les actes délictueux contre la pudeur semblent n'intéresser que superficiellement les habitants, soit parce que la notion de pudeur, telle du moins qu'on la comprend rigidement, c'est-à-dire la pruderie ou la pudibonderie, leur est plus ou moins étrangère, soit parce que de tels actes apparaissent plutôt risibles et désarment la tentation de se plaindre soit encore parce qu'ils ne causent véritablement guère de dommages effectifs.

A Ainay, on a eu connaissance d'un seul cas frisant la bestialité, attouchements sur un chien par un jeune inconscient. L'exhibitionnisme est plus fréquent, mais là encore, le dommage réel est à peu près nul, même pour des enfants, ceux-ci en voient bien d'autres lors de la saillie des bêtes. Si une vieille démente se déshabille, si une délirante encore jeune se promène en tenue incorrecte par le bourg, ces faits très rares à la vérité, sont sans importance, il n'en résulte aucun mal. La malade est renvoyée dans un asile ou gardée quelque temps

à l'infirmerie, puis on lui cherche un autre placement.

L'exhibition proprement dite a été notée un peu plus souvent et causa des réintégrations de malades, mais il faut rester très réservé devant des dénonciations qui ne sont pas toujours fondées. Les habitants savent que la direction de la colonie ne badine pas, dans ces circonstances, et soustrait immédiatement le malade au placement familial, alors il arrive que de telles dénonciations tendent simplement à nuire à des nourriciers vivant en mauvaise intelligence avec certains voisins. Il suffit alors qu'un malade urine sur le bord de la route pour qu'il puisse être accusé de se masturber en public.

A la colonie de femmes, des faits de grossesse sont pratiquement inexistants. La bienveillance des habitants envers les pensionnaires ne va jamais jusqu'à se permettre certaines privautés. Trois cas de grossesse ont été notés à Dun depuis l'existence de la colonie, en voici un exemple :

Une imbécile gardant une vache dans un champ voisin de son placement, à la campagne, fut mise enceinte, probablement par un chemineau.

Trois cas de viol ont été commis par des malandrins.

A la colonie d'Ainay, il n'y a eu que trois malades soupçonnés d'avoir des relations sexuelles avec des habitantes, deux tentatives de viol sur des fillettes et enfin deux cas de propositions faites à

des pensionnaires, l'une d'onanisme mutuel, l'autre de sodomie.

Il découle de cette étude que, sans doute possible, les populations qui consentent à accueillir des aliénés en liberté, retirent du système familial, à côté d'inconvénients d'importance beaucoup moindre qu'on pourrait le croire *a priori*, une somme notable d'avantages des plus positifs.

Inconvénients pour l'Administration Départementale

Les adversaires de l'assistance familiale ne voulaient voir dans ce système, aucun avantage pour les malades, rien que des inconvénients pour les habitants des pays qui seraient obligés de tolérer des aliénés, et une source de dépenses pour l'Administration. Nous avons réfuté les deux premiers arguments, nous allons voir ce qu'il faut penser du troisième.

Cet argument qui semblait capital, est un reproche d'ordre économique. « Les colonies familiales font sortir des asiles, a-t-on dit, des malades travailleurs ». Ces malades travailleurs, surtout les hommes, si utiles à l'établissement dans lequel ils sont internés, ne trouvent pas toujours à s'occuper dans les petits pays où ils sont envoyés à cause de l'absence de main-d'œuvre. En même temps que le désœuvrement

peut être nuisible au malade, il en résulte une perte pour le budget de l'asile.

1^o A cause de la diminution des bénéfices à tirer du travail des aliénés.

2^o à cause de l'obligation de remplacer ces malades par des ouvriers du dehors.

En ce qui concerne les bonnes ouvrière lingères enlevées aux asiles pour être placées à Dun, il y aurait une solution proposée par le docteur Rodiet. « Pourquoi, dit-il, la confection de certaines pièces de lingerie destinées aux malades des asiles, ne seraient-elles pas confiées aux pensionnaires de la colonie, sous le contrôle de la surveillante du vestiaire ? Tout le monde y trouverait son compte.

1^o Les malades, qui pourraient toutes travailler et toucheraient un pécule régulier ;

2^o Le département, qui paierait moins cher qu'aux ouvrières du dehors ou aux fournisseurs qui servent d'intermédiaires, les chemises, mouchoirs, jupons, etc... Les services rendus par les malades seraient donc les mêmes à la colonie qu'à l'asile.

A cet argument de la soustraction à l'asile des malades travailleurs, le Docteur Coroley a répondu qu'il y avait là un cercle vicieux. « Les aliénés en travaillant pour l'Asile lui épargnent des frais, mais ces frais deviennent plus lourds à cause du nombre excessif des aliénés ». Quoiqu'il fasse, le meilleur travailleur, ne fournira jamais une somme quotidienne de travail qui compensera ses frais d'entretien pendant son séjour à l'asile. Plus il y

aura de malades, plus l'asile aura de lourdes charges. C'est là un raisonnement facile à comprendre.

Le Docteur Olof Kilberg, rapporteur pour la Suède au Congrès de Milan en 1907, a fait très justement remarquer que la sortie des travailleurs des asiles serait une sollicitation pour les médecins de faire travailler un plus grand nombre d'aliénés. En effet, ils sont nombreux à l'asile les malades non adaptables à la colonie familiale qui pourraient rendre d'appréciables services. Ils ne le font pas, soit que les ateliers complets ne leur offrent pas de place, soit par mauvaise volonté. Oisifs, ils restent en hiver dans les salles de réunion où ils sont cause de désordre, en été, ils errent dans les cours souvent à la recherche d'un moyen possible de s'évader. C'est la foule des hallucinés, des persécutés, des dégénérés plus ou moins supérieurs, débiles mentaux, épileptiques, déséquilibrés et enfin le vaste contingent des alcooliques chroniques.

Mieux organisé, le travail des aliénés internés permettrait de tirer parti, plus qu'on ne le fait actuellement, des capacités d'un plus grand nombre d'entre eux.

Quoiqu'il en soit, jusqu'à présent, un transfert à la colonie familiale n'a jamais privé un asile de ses malades travailleurs, et si, par hasard, quelques-uns s'en vont, ils sont bien vite remplacés : le budget d'un asile n'a jamais eu à souffrir du fonctionnement des colonies familiales. Le budget départemental, au contraire, n'en a tiré que des bénéfices.

*
* * *

Nous avons essayé de montrer que le système des Colonies d'aliénés présente surtout des avantages. L'institution de l'Assistance familiale aux aliénés a même dépassé de beaucoup le cadre de sa destination première, car non seulement elle désencombre les asiles, de ceux des malades qui, étant inoffensifs, ne peuvent être soignés dans leur propre famille, non seulement elle accorde aux malades une vie plus libre et plus heureuse, mais encore elle est devenue un facteur économique important dans l'existence de toute une région.

QUATRIÈME PARTIE

EXTENSION DE LA COLONISATION FAMILIALE

Précédemment nous avons étudié l'état actuel de l'assistance familiale en France, son organisation, les avantages nombreux qu'elle présente, les inconvénients qu'on peut y rencontrer. Nous pouvons nous demander qu'elle extension pourrait être donnée à ce système. *Seuls les aliénés du département de la Seine bénéficient du placement familial.* Dans quelles conditions serait-il possible d'appliquer en Province, aux nombreux malades des asiles départementaux, ce système bienfaisant qui reste presque entièrement à organiser ? D'autre part n'y aurait-il pas lieu, dans le cadre des colonies existantes, d'étendre à d'autres catégories de malades le bénéfice du placement familial ?

Les asiles départementaux possèdent une population variant de 800 à 1.500 malades, suivant l'asile considéré, rarement moins, quelquefois davantage. Si l'on admet que quinze pour cent au maximum

des aliénés traités peuvent être assistés en placement familial, on voit que pour chaque asile le contingent est relativement minime : un asile de 1.000 malades par exemple, pourrait tout au plus placer dans des familles étrangères 150 pensionnaires. Ce petit calcul, fait apparaître d'emblée l'impossibilité, du simple point de vue économique, de créer dans chaque département une colonie autonome, fonctionnant comme celle de Dun ou d'Ainay.

Pratiquement irréalisable serait également, la création d'une colonie familiale unique destinée à recevoir les malades de tous les asiles du territoire français. Ce serait incommode à tous les points de vue. Au point de vue pécuniaire, il faudrait ajouter, au prix de journée de la colonie, le prix du voyage qui serait assez onéreux, surtout pour les départements très éloignés du lieu choisi pour la colonie.

En cas de sortie, soit sortie définitive, soit réintégration en asile fermé, il faudrait ajouter le prix de nouveaux voyages.

Enfin un centre colonial pour la province serait néfaste aussi au point de vue moral, plaçant le malade dans un milieu inconnu, dans un climat auquel il ne serait guère habitué, et, surtout, où il serait trop éloigné des siens et de ses visiteurs.

Il faut donc abandonner le projet de création d'une colonie familiale commune à tous les asiles de province.

Mais plusieurs départements ne pourraient-ils pas s'unir pour constituer une colonie inter-départe-

mentale, vers laquelle ils dirigeraient leurs malades respectifs ? Un essai de ce genre a été ébauché par le département du Rhône en liaison avec le département de la Seine, sans grand succès d'ailleurs. Par un arrêté en date du 5 octobre 1925, le Préfet de la Seine a autorisé le placement à Dun et à Ainay de quelques malades de l'asile de Bron, à titre d'essai. Nous ne croyons pas inutile de rapporter les lettres échangées à cette époque entre les départements intéressés :

Lettre du Préfet de la Seine au Préfet du Rhône :
29 novembre 1924 :

« Par lettre du 14 octobre dernier, vous m'avez fait connaître qu'en vue de la création éventuelle dans votre département, de colonies familiales et agricoles d'aliénés, le conseil général du Rhône avait demandé, à titre d'essai, le placement à la colonie familiale de Dun-sur-Auron, et à Chezal-Benoît, de plusieurs malades de votre département.

Je suis tout disposé à autoriser le placement, dans ces conditions, d'aliénés du Rhône, à la colonie familiale de Dun-sur-Auron, qui est réservée aux femmes aliénées chroniques, inoffensives.

Une organisation analogue existe bien pour les hommes, mais à Ainay-le-Château (Allier).

Cet établissement pourrait recevoir les malades hommes du Rhône aptes à bénéficier du placement familial. »

Lettre du Directeur de l'Asile de Bron, au Directeur de Dun-sur-Auron : 18 mars 1925 :

« Pour répondre au désir exprimé par le Conseil Général

du Rhône, Monsieur le Préfet de ce département a demandé à Monsieur le Préfet de la Seine, s'il consentirait à autoriser le placement à titre d'essai de quelques aliénés de l'asile de Bron dans les colonies familiales ou agricoles de Dun-sur-Auron et Chezal-Benoît. Monsieur le Préfet de la Seine a bien voulu répondre favorablement à son collègue du Rhône par une lettre en date du 29 novembre 1924.

Tenant compte des indications données par Monsieur le Préfet de la Seine, la commission de surveillance de l'asile, envisagerait plutôt un essai de placement familial dans les colonies de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château.

En conséquence, je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître les catégories de malades sur lesquelles devrait porter le choix des médecins-chefs de l'asile de Bron, et me dire notamment si les gâteux, les épileptiques améliorés et les demi-agités devraient être exclus de l'effectif très réduit d'ailleurs, des malades susceptibles d'être hospitalisés dans la colonie dont vous avez la direction.

Arrêté du Préfet de la Seine : 5 octobre 1925 :

« Je vous informe que sur la demande de Monsieur le Préfet du Rhône, j'ai autorisé le placement à titre d'essai dans votre établissement, de deux malades de ce département.

Les formalités d'admission devront être remplies dans les conditions habituelles. Je vous demanderai, toutefois, de me tenir informé des placements ainsi effectués et de m'adresser copie des dossiers des malades dont les noms devront figurer sur le registre matricule des aliénés de la Préfecture. »

Ces malades sont actuellement encore à Dun, il n'en a jamais été envoyé d'autres.

De l'avis de tous ceux qui ont étudié l'application

de la colonisation familiale aux aliénés des départements, *seul le placement dans des familles autour de l'asile reste possible*. Lorsque la loi l'autorisera, il ne sera pas difficile de trouver dans les villages situés aux environs des asiles, des ménages consentant à prendre chez eux des pensionnaires. Pour faire accepter les malades, il suffira d'une petite propagande orale ou écrite, faite par les aliénistes dans leur département, analogue à celle menée jadis pour la création des colonies familiales de la Seine. Secondés par les maires, mis au courant du système, par les conseils municipaux et par la presse locale, les aliénistes feront tomber les vieux préjugés contre les fous.

Seuls, des malades valides, calmes, inoffensifs, susceptibles de rendre de menus services, seraient placés dans les mêmes conditions que les aliénés de la Seine à Dun ou à Ainay. Le prix de pension à payer aux nourriciers serait déterminé par le Directeur de l'Etablissement, soumis à l'approbation du Préfet et devrait toujours être inférieur au prix de journée de l'asile auquel appartiendrait le malade.

Le Docteur Fail (Thèse Paris 1927) a proposé un nouveau mode de placement familial, qui ne serait applicable qu'aux malades travailleurs. Voici d'ailleurs ce qu'il en dit : « On cherchera à placer les hommes de préférence à la campagne dans des fermes, tandis que les femmes pourront être placées tantôt à la campagne, tantôt dans les villages et dans les villes.

Le bureau de placement de l'Office du Travail pourra être utilisé comme intermédiaire entre les patrons cherchant de petites mains et le médecin qui aura des psychopathes à placer.

Avant de confier un psychopathe-travailleur ou un convalescent à un patron, il faudra que celui-ci remplisse quelques conditions « *sine qua non* » : il devra être connu par le maire de sa commune comme un citoyen honorable, sobre, sa ferme ne sera pas trop éloignée de l'asile pour faciliter le contrôle ; il devra consentir à suivre les indications du médecin plaçant et à recevoir les visites du contrôle.

L'asile fournit aux psychopathes placés les vêtements nécessaires : deux costumes de travail par an et un costume de sortie, le linge et les chaussures. Il leur fournit en plus les médicaments nécessaires, les héberge pendant une maladie intercurrente, pendant une crise d'agitation, lors de l'aggravation de leur état mental ou lors d'un refus de travailler.

L'asile ne paie rien aux patrons : ils ne sont donc pas des nourriciers comme dans les colonies de la Seine, ils ne sont que des patrons qui nourrissent, logent, hébergent et payent en plus un certain pécule à leurs psychopathes-travailleurs.

Ceux-ci rendent à leurs patrons travail et services effectifs.

Le médecin visitera le « détaché » de temps à autre, régulièrement, mais inopinément, pour pouvoir contrôler le travail, la nourriture et l'hygiène du psychopathe.

Le patron pourra correspondre avec le médecin, et, en cas, d'accès aigu chez le psychopathe ou en cas d'inconvénient quelconque résultant du malade, il pourra demander le réinternement du malade.

Par contre, si le patron a commis une faute grave envers son malade, au point de vue hygiène (alcool) ou par un mauvais traitement, le médecin pourra priver ce patron, immédiatement et pour toujours de travailleurs.

Reste à régler la question budgétaire. On peut la faire de deux façons : ou évaluer le nombre probable de journées qu'un psychopathe-travailleur passera en moyenne à l'asile, pendant l'exercice, pour une raison quelconque (maladie intercurrente, accès d'agitation, etc.), et y ajouter le prix de ses vêtements, de ses médicaments et des frais liés à son déplacement, et faire payer tous les frais au département, comme celui-ci fait pour ses indigents actuellement ; ou encore, connaissant les dépenses liées au séjour probable du psychopathe-travailleur à l'asile pendant l'exercice, plus les prix de ses vêtements, de ses médicaments, et les frais liés à son déplacement, exiger cette somme du département, sous forme de pension minime payée à forfait pendant toute la durée de figuration du psychopathe sur le registre de la loi.

Notre plan financier est très vulnérable, car il n'a aucune base solide. La pierre angulaire de notre nouveau budget sera la moyenne de séjour du psychopathe-travailleur à l'asile et de son travail chez

ses patrons. Or, cette prévision est impossible, en l'absence totale de données pratiques concernant cette question.

Il nous est aussi impossible d'évaluer, même de loin, les économies que le département tirera de notre mode d'assistance, car nous ne pouvons pas indiquer le nombre de psychopathes qui pourront jouir des bienfaits de notre programme.

Ce n'est qu'une pratique de longues années qui nous indiquerons la moyenne des psychopathes placés et la moyenne des jours de chômage où ils resteront à la charge de l'asile.

Une longue pratique seule permettra de juger quel mode de placement sera préférable pour diminuer les paperasseries, inutiles difficultés administratives : le paiement à forfait d'une petite somme, ou le paiement pour chaque malade d'une somme proportionnelle à son réel séjour à l'asile et aux frais qu'il cause.

Pour commencer, si notre programme était un jour accepté, le département continuerait à payer, avec le concours de la commune où le psychopathe a son domicile de secours, comme si le malade restait toute l'année à l'asile. Ce n'est qu'à la fin de l'exercice que l'asile pourrait évaluer les bénéfices réalisés par le placement et, après avis du conseil général, soit rembourser les sommes perçues en trop, soit les utiliser dans un autre but (réparation et amélioration de l'asile, agrandissement, etc.). »

*
* *

Dans la deuxième partie de notre travail, chapitre III, nous avons montré quelles catégories de malades étaient actuellement assistés en placement familial. N'y aurait-il pas lieu d'envisager ce mode d'assistance pour *les enfants arriérés et les convalescents* ?

Le Conseil Général de la Seine, dans sa séance du 23 décembre 1905, avait approuvé la proposition d'application du placement familial des enfants arriérés à Ainay-le-Château.

En 1905, 12 enfants furent placés chez des nourriciers, mais l'expérience ne fut pas continuée.

« Le placement familial, dit le Docteur Bonnet dans son rapport de 1906, est excellent pour l'arriéré simple, pour celui qui n'a que des tares légères améliorables ou curables, et ne peut convenir à l'arriéré qui relève de l'asile.

L'arriéré chez lequel les troubles du caractère, du sens moral, les perversions instinctives, l'instabilité mentale, la tendance au vagabondage, au vol, etc... dominant la scène est impropre au placement familial.

L'idiot simple est plus apte que l'imbécile, que le débile mental. L'idiot simple est plus docile, c'est un extrasocial ainsi que l'a fait remarquer Sollier, tandis que l'imbécile est souvent un antisocial.

La dissémination, à la campagne chez les agriculteurs est le mode de placement qui convient le mieux

aux arriérés. Grâce aux mille choses simples qu'il leur est donné de voir et d'entendre, leur cercle d'idées s'élargit. L'arriéré trouve dans le milieu rural agricole, des conditions matérielles bien appropriées au développement intellectuel dont il est susceptible. Le travail des champs est celui qui lui convient le mieux.

Dans une ferme il est plus en contact avec la famille nourricière qu'il ne l'est dans un milieu ouvrier et urbain. Le placement rural est aussi celui qui lui convient le mieux sous le rapport de la moralité. Il a de plus l'avantage d'éviter les contagions fâcheuses. »

Le seul inconvénient est qu'il s'oppose à l'instruction, à cause de l'éloignement des écoles, et en admettant même que ces enfants puissent aller à l'école du village, à cause de l'absence d'un personnel habitué à ce genre d'éducation. C'est pourquoi il apparaît indispensable de n'envoyer ces enfants dans des familles étrangères qu'après un séjour prolongé dans un établissement spécial, analogue à celui de Perray-Vaocluse, où confié à des instituteurs spécialisés, ils auront donné le maximum au point de vue scolaire.

Depuis trois ans, le placement d'enfants arriérés dans des familles a été tenté autour de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), grâce à l'heureuse initiative du Dr Bauer, que nous remercions des renseignements intéressants qu'il a bien voulu nous communiquer. Cette expérience a donné jusqu'à présent les résul-

tats les plus encourageants. Cette œuvre actuellement encore à ses débuts mais appelée à prendre une grande extension, fonctionne de la façon suivante : les placements sont organisés par la Croix-Rouge. L'asile demande l'autorisation soit aux parents ou tuteurs, soit à l'Assistance publique, puis l'infirmière de la Croix-rouge cherche une place dans une famille donnant toute références de moralité. Au point de vue administratif ces enfants sont déclarés en permission. Quand le petit pensionnaire n'est pas bien chez son patron, il est immédiatement changé de place.

Actuellement 7 enfants sont ainsi assistés, dont 6 garçons et une fille. Il est remarquable de noter que sur les 7 il y a 5 épileptiques mais dont le traitement a amené la suspension des crises. L'un d'eux fait une crise par an.

Les enfants ne sont pas placés avant l'âge de 14 ans, et *quand au point de vue scolaire, ils ont donné toute leur possibilité.*

Au début du placement, ils ne doivent pas être payés une somme inférieure à 40 francs, deux d'entre eux, respectivement âgés de 17 et 18 ans gagnent 200 francs par mois, logés et nourris.

Parmi les 6 garçons placés, 4 sont domestiques de fermes, 2 sont valets de chambre. La fille est placée comme aide-cuisinière dans un collège.

L'expérience tend à prouver que ce mode de placement donne des résultats supérieurs au retour dans la propre famille, surtout en ce qui concerne les épi-

leptiques ; car bien souvent, aussitôt rentrés dans leur famille ils ne reçoivent plus les soins que nécessite leur état, tandis que placés dans une famille étrangère qui reçoit pour eux gratuitement les médicaments de l'asile, ils continuent à suivre un traitement sérieux et régulier.

Un grand nombre de malades *convalescents* pourraient également être assistés avec avantage dans les familles. L'assistance familiale de convalescence reste à créer.

Au cours des maladies mentales, une fois les phénomènes aigus disparus, il arrive un moment où il s'établit une espèce de plateau mental, où l'état psychique du malade reste stationnaire, où l'on sent qu'il suffirait d'un poids léger pour faire pencher la balance en faveur de la guérison définitive. Ainsi pendant la convalescence de la dépression mélancolique, de l'agitation maniaque, de la confusion mentale secondaire, des délires toxiques, il se produit une période où le malade n'évolue pas plus vers la guérison que vers la chronicité. Ce facteur appréciable de guérison ne serait-il pas acquis par le changement de milieu, par le séjour à la campagne, par une vie plus familiale et plus libre, se rapprochant d'avantage de la vie ordinaire ?

L'assistance dans une famille étrangère présenterait pour les convalescents cet avantage que, tout en les éloignant du milieu dans lequel ils étaient tombés malades, elle les soustrairait à la vie déprimante de l'asile.

Le traitement familial, en colonie, des convalescents, n'a pas encore été réalisé en France. Un essai tenté à Lurcy-Lévy dans l'Allier, a échoué.

Les colonies de Dun et Ainay ne peuvent être utilisées dans ce but, elles sont trop éloignées des asiles de la Seine. Si l'on veut faire bénéficier les nombreux convalescents des asiles du placement familial, il faut créer un nouveau centre colonial proche de Paris. Les familles ne consentiraient pas à voir s'éloigner leurs malades du lieu de leur domicile, pendant la période de convalescence.

Enfin, la colonie familiale de convalescents doit être près de l'asile où la réintégration soit facile en cas de rechute.

En résumé, ce système aurait de grandes chances de hâter le retour d'aliénés curables à la vie sociale à laquelle leur séjour chez le nourricier, la liberté relative dont ils jouiraient, et le grand air de la campagne les réhabituerait en peu de temps. De plus elle permettrait aux malades de reprendre petit à petit l'habitude du travail.

Cet exposé nous laisse entrevoir le développement considérable que l'assistance familiale aux aliénés est appelé à prendre dans l'avenir. En attendant qu'elle soit appliquée aux enfants arriérés et aux convalescents, ne serait-il pas possible de lui donner une extension nouvelle et immédiate, *en acceptant des placements volontaires, sur la demande des familles*, dans les colonies d'Ainay et de Dun.

Jusqu'à présent, les placements dans les colonies

se sont faits par arrêté de transfert, les malades venant directement de l'asile où ils sont internés.

Ces placements volontaires direct s'opéreraient de la même façon que les admissions dans les asiles fermés, c'est-à-dire à l'aide d'un certificat médical et d'une demande de la personne qui désire placer le malade.

Selon le prix de pension que la famille voudrait consentir, le nourricier assurerait au pensionnaire le logement et la nourriture correspondants.

Bien entendu, les pensionnaires volontaires admis directement seraient sous la surveillance et le contrôle administratif et médical de la colonie. Ils seraient soumis au même règlement que les autres ; la seule différence consisterait en des avantages matériels plus appréciables, si la famille consentait à payer aux nourriciers un prix de journée plus élevé que celui qui a été voté par le Conseil Général et qui est uniforme partout. Cela existe déjà à la colonie de Gheel où l'on a eu qu'à se louer de cette mesure ; il n'y a pas de raison pour qu'il n'en soit pas de même pour Dun et Ainay. A propos de ces malades payant, le Docteur Rodiet fait remarquer très justement que pour ne pas créer de jalousie par la distinction entre les fortunés et les malheureux, un village tout entier pourrait être réservé à ce nouveau pensionnat.

*
* *

Nous ne voudrions pas en finir avec cette question de l'extension des colonies familiales sans aborder un sujet très souvent discuté pendant ces dernières années. Pour en augmenter la population, on a proposé d'admettre dans les colonies familiales, telles qu'elles sont organisées actuellement, concurremment avec les malades soumis au régime de la loi de 1838, d'autres malades non soumis à cette loi, c'est-à-dire de transformer une partie de ces institutions en une sorte de service libre dont les malades proviendraient principalement du service dit de « prophylaxie mentale ».

En nous plaçant sur le terrain strictement légal, la chose apparaît comme une impossibilité. Le Docteur Ameline, dans son rapport au Préfet de la Seine en 1926 a étudié le problème sous ses divers aspects. « On ne peut mélanger, dit-il, dans le même établissement des aliénés soumis à la loi de 1838 et des malades libres. La question s'est posée pour la création des annexes, par exemple, consacrées aux épileptiques non aliénés. On a exigé des quartiers et des locaux indépendants (exemple de Blois, Moulins etc...) des services des aliénés. Les nécessités administratives semblent déjà avoir obligé la séparation de l'asile clinique Sainte-Anne et des Services de Prophylaxie mentale.

Il y a là une objection, un empêchement au placement des malades non soumis à la loi de 1838 sur

le territoire des colonies d'Ainay-le-Château et de Dun-sur-Auron.

Mais, poursuit le Docteur Ameline, si la législation changeait ? Serait-il désirable de mélanger les deux sortes de malades et ne vaudrait-il pas mieux spécialiser les deux établissements pratiquant la colonisation familiale et les éloigner l'un de l'autre ?

Il suffit de réfléchir au trouble qu'apporterait dans une colonie familiale d'aliénés « internés » la présence d'autre hospitalisés absolument libres, à l'effervescence que causerait parmi les premiers non seulement la présence des seconds, mais les rapports, les conversations, les exemples que donneraient ceux-ci à ceux-là.

Les malades envoyés en colonie actuellement sont déjà trop portés à réclamer leur sortie définitive, ne comprenant ni leur internement initial, ni la situation de demi-liberté à laquelle on essaie de les adapter en attendant, s'il y a lieu, la sortie définitive.

D'autre part, il est incontestable que si un aliéné « libre » à la suite d'alcoolisation, à la suite d'une simple rechute, se rendait coupable d'actes répréhensibles ou seulement de coups, les municipalités responsables du maintien de l'ordre devraient intervenir. Mais comment, ou plutôt avec quelle force ces municipalités remédieront-elles aux incartades, aux incidents que causeront ou créeront les malades libres ? Sans doute auront-elles recours à l'Administration de la colonie familiale. Mais de quel droit

celle-ci interviendrait-elle ? Le médecin de la colonie aura-t-il le droit de rédiger un certificat d'internement ? Comment la colonie procèdera-t-elle au transfert de l'aliéné dans l'asile ? Il y a là des questions à régler au préalable.

Les difficultés que risquerait de causer aux municipalités le placement mixte, ne dégoûteront-elles point celles-ci du placement familial des aliénés et ne pourront-elles point, sous le coup de quelques scandales, interdire leur territoire à tout placement familial même d'aliénés placés sous le régime de la loi de 1838.

Dans l'intérêt de la colonisation familiale des aliénés en général, conclut le D^r Ameline, il convient donc de séparer les malades relevant de la loi de 1838 et les malades indépendants de ce cette loi. »

De son côté le D^r Marie, dans un récent Congrès de Prophylaxie mentale, exprimait un vœu envisageant la création d'une colonie ouverte plus ou moins loin de Paris, munie de son centre de surveillance médicale éprouvé et compétent, ainsi que d'une infirmerie indispensable aux cas d'accès imprévus, de rechutes brusques ou d'affections intercurrentes quelconques. Dans le cas où l'un des malades du placement familial libre présenterait une rechute des troubles mentaux nécessitant le retrait, il serait l'objet d'un placement volontaire, la demande étant faite par l'assistant de la colonie.

Tel est actuellement l'état de ce problème qui reste entièrement à reprendre et à étudier. Mais

nous sommes profondément convaincus que les deux catégories de malades ne devront pas être mêlés dans un même centre de colonisation familiale.

CINQUIÈME PARTIE

L'ASSISTANCE FAMILIALE AUX ALIÉNÉS DANS DIVERS PAYS ÉTRANGERS

BELGIQUE

SYSTÈME BELGE

Depuis une époque très lointaine, la Belgique assiste des aliénés en placement familial. *Gheel* est la première colonie familiale connue dans le monde. C'est là que furent puisés les nombreux documents qui permirent d'étendre l'application de ce système à divers autres pays.

Il faut remonter vers la fin du ^{vi}^e siècle pour retrouver dans une légende religieuse l'origine de la colonie de Gheel. Là, se place le martyr de Sainte-Dymphne, fille d'un roi Irlandais, décapitée par son père à qui elle refusait une union incestueuse. Les uns disent qu'un aliéné témoin du supplice de Sainte-Dymphne récupéra subitement la raison ; pour les autres Sainte-Dymphne devint la patronne

des fous parce qu'elle résistait à l'amour insensé de son père. Quoiqu'il en soit, l'église de Sainte-Dymphne, à Gheel, devint le lieu de pèlerinages très fréquentés. Peu à peu la coutume s'établit de placer chez l'habitant, d'un pèlerinage à l'autre, les malades non guéris. C'est ainsi que cette population flamande prit l'habitude d'héberger des aliénés. Telle paraît être l'origine du mode d'assistance familiale qui s'est continué à Gheel depuis plusieurs siècles en subissant quelques modifications depuis qu'elle est soumise au contrôle administratif.

La colonie de Gheel située en pleine campine dans la province d'Anvers présentait pour l'administration belge un inconvénient sérieux : elle est située en pays flamand ; sauf dans la ville on ne parle pas le français et les habitudes, les mœurs, le tempérament autant que la langue diffèrent de ceux des habitants du pays Wallon, de sorte que les aliénés du Hainaut, de Liège, de Namur, d'une partie du Brabant se trouvaient complètement dépaysés.

Ces considérations imposèrent la création d'une colonie dans le pays Wallon. La commune de *Lierneux* située dans la province de Liège, dans les Ardennes Belges, à une trentaine de kilomètres au sud de Spa, fut choisie pour l'établissement de cette colonie qui a été inaugurée le 19 avril 1884 et a reçu la consécration légale par un arrêté royal du 11 février 1885. La Belgique possède donc actuellement deux colonies familiales : *Gheel* et *Lierneux*. Dans un court exposé,

nous allons essayer de dégager quels sont les principaux points qui les caractérisent.

1^o Ce sont des colonies mixtes : hommes et femmes sont assistés dans les mêmes localités, mais placés chez des nourriciers différents, c'est-à-dire que les placements sont exclusivement masculins ou féminins.

2^o La plupart des malades sont protégés par la loi de 1850 sur les aliénés, révisée et complétée, devenue la loi de 1873-1874. Elle a beaucoup de points communs avec la loi française de 1838 ; quelques malades en placement libre ne sont pas soumis au régime légal.

3^o Les malades sont reçus directement, sans passer par un asile fermé.

4^o En principe les aliénés traités à Gheel ou à Lierneux sont divisés en deux groupes : a) les pensionnaires qui sont reçus chez les hôtes ; b) les indigents qui sont reçus chez des nourriciers. Hôtes et nourriciers ne peuvent recevoir que deux malades du même sexe. En pratique cette distinction entre Hôtes et Nourriciers a très peu d'importance. Il arrive souvent que la même famille soigne un pensionnaire et un indigent.

Les pensionnaires dont le prix de pension est déterminé suivant un accord intervenu entre l'hôte et la famille, sont soumis à une surveillance médicale et administrative et ils payent à l'administration, pour ce service, un certain pourcentage du montant de la pension.

On distingue trois catégories parmi les indigents : les travailleurs, les non-travailleurs propres, les gâteux. Pour les travailleurs, le nourricier touche une rétribution moins élevée que pour les autres. L'inconvénient de ce système est que le nourricier est enclin à croire qu'au moins une partie du travail de ce malade ne doit pas être rétribué.

Les frais d'entretien des indigents sont à la charge de l'état, de la province et du fonds commun de cette province. Par exemple, pour un malade de la ville d'Anvers, l'état paie les $\frac{3}{8}$, la province d'Anvers le $\frac{1}{8}$, le fonds commun de la province d'Anvers les $\frac{4}{8}$ des frais d'entretien. Chaque province a son fonds commun qui est alimenté par toutes les communes de cette province.

Le nourricier doit fournir la chambre meublée, la nourriture. Les malades doivent prendre leurs repas à la table familiale. Le nourricier veille en outre à la propreté et à la sécurité de l'aliéné dont il est responsable.

Le règlement général, qui date de 1912, commun aux deux colonies dispose :

Article 223

« Chaque malade est placé sous la surveillance directe de son nourricier. Celui-ci est responsable de tous les dommages ou dégâts que son pensionnaire occasionnerait et que, par négligence, il n'aurait pas empêché. »

Dans la rue comme à la maison, les malades jouissent de leur liberté pleine et entière. Le travail

n'est nullement forcé mais les nourriciers les encouragent de leur mieux à participer à leurs travaux.

5^o Chaque colonie possède une infirmerie partagée en deux divisions, l'une pour les femmes, l'autre pour les hommes. Elle sert à recevoir : les malades qui arrivent et sont mis en observation pendant quelques jours avant d'être placés dans les familles, ceux qui sont atteints d'affections intercurrentes graves pour lesquelles ils ne pourraient recevoir des soins chez les nourriciers, enfin ceux qui par leur insubordination, leur violence, leur excentricité, se sont révélés inaptes à bénéficier du placement familial.

Il mérite d'être signalé qu'à Lierneux, plusieurs pavillons ont été édifiés autour de l'infirmerie, les locaux jouent le rôle d'asile fermé où sont internés les malades qui ne sont pas placés chez des nourriciers. Lierneux possède donc un caractère spécial : il est à la fois asile et colonie.

6^o Ces institutions sont gérées par un médecin directeur, assisté de plusieurs médecins adjoints. Tous résident au centre même de la colonie où ils sont logés. Ce sont eux qui assurent le service des annexes qui sont nombreuses, et le service de l'infirmerie, du laboratoire, de l'amphithéâtre.

7^o La surveillance est exercée :

a) par le Directeur, le personnel médical, les infirmiers garde-sections, les nourriciers et autres habitants du pays.

b) Par la commission supérieure, composée du

Gouverneur de la Province, président, du procureur du Roi de l'arrondissement, du juge de paix du canton, du bourgmestre de la commune, d'un médecin désigné par le gouvernement. Elle s'occupe de toutes les questions administratives.

c) Par un comité permanent d'inspection et de surveillance composé de cinq membres nommés par le ministère de la justice et ayant le bourgmestre pour président, chargé de recevoir et de payer les frais d'entretien et de pension, de surveiller les hôtes et les nourriciers et de faire exécuter les lois, arrêts etc.

Les colonies belges n'ont jamais cessé d'être très prospères. La colonie de Gheel, héberge actuellement (mars 1932) 2063 indigents et 777 pensionnaires. A Lierneux sont abrités au total : 520 indigents et 43 pensionnaires.

Pour terminer il nous faut dégager le caractère essentiel du système belge : le plus grand nombre des malades sont placées directement à la colonie sans passer par un asile, la sélection est de ce fait très peu sévère.

ECOSSE

SYSTÈME ECOSSAIS

L'assistance familiale des aliénés pratiquée en Ecosse depuis 1860 repose sur un système très

différent de celui que nous avons vu en Belgique et en France.

C'est en Ecosse que de tout temps les malades mentaux ont été traités avec le plus de liberté ; c'est là qu'on a presque en même temps qu'en France, libéré de leurs chaînes les aliénés et bien avant nous supprimé la camisole de force et pratiqué le système de l'opendoor.

Dans ce pays, ce qui fait l'originalité du placement familial, c'est que *les malades sont répartis sur toute l'Ecosse et ne forment nulle part des agglomérations pouvant être considérées comme de véritables colonies semblables à Gheel ou à Dun*. Le rapport des *commissiionners* fait remarquer les inconvénients qui résultent des agglomérations de malades au-dessus du chiffre 30 dans certaines localités. Un grand nombre d'aliénés sur un même point présente les mêmes inconvénients que l'asile.

Il n'existe pas d'infirmerie centrale. Quand un malade s'excite, il est réintégré à l'asile : le nourricier va voir l'inspecteur des pauvres qui envoie un médecin pour faire un certificat. Ces formalités ne durent pas plus d'un jour.

Les Ecossais soutiennent que la présence de médecins spécialistes rappellerait trop l'asile et que le but poursuivi au contraire dans l'application du système familial, est de placer l'aliéné dans un milieu familial qui ne rappelle en rien l'organisation de l'asile.

Les colonies sont mixtes, mais on n'autorise pas un

nourricier à avoir simultanément comme pensionnaires chez lui des hommes et des femmes.

Le nombre des malades dans une maison particulière et sous la garde d'un nourricier ne doit pas dépasser quatre et ce n'est qu'après une enquête spéciale qu'il en est accordé plus de deux. Un malade placé dans un *private dwelling* est un mineur et son tuteur est l'inspecteur des pauvres.

Les nourriciers reçoivent un livret de visite. Le travail du malade est au profit du nourricier, mais il n'est pas obligatoire. S'il est considérable, l'inspecteur des pauvres diminue le salaire du nourricier. Dans aucun cas l'aliéné n'est rémunéré par le nourricier, mais il peut travailler dans le village et gagner quelque argent.

Les malades sont placés de préférence dans les districts ruraux et chez les petits cultivateurs ; mais lorsqu'ils ont un métier, on les place volontiers chez un nourricier qui exerce la même profession, sachant bien qu'ils ont d'autant plus de chances d'être bien traités qu'ils sont plus utiles.

Afin de faire comprendre le fonctionnement administratif et médical des colonies écossaises, nous donnerons quelques renseignements sur la législation des indigents et des aliénés dans ce pays. !

Tout indigent est mis à la charge de la paroisse dans laquelle il réside. Il est sous l'autorité du contrôle général, du *Local Government board*, qui assure l'exécution de la loi des pauvres sur tout le territoire.

L'indigent est en outre placé sous l'administration locale du Conseil de paroisse qui perçoit l'impôt des pauvres. Ce conseil a un inspecteur des pauvres, fonctionnaire payé qui s'occupe de tous les indigents incapables de subvenir à leurs besoins.

Si l'indigent est aliéné, il tombe sous le contrôle du *Général board of Lunacy*, lequel assure l'exécution de la loi sur les aliénés dans toute l'Ecosse et du *District Lunacy board* pour l'administration locale. C'est le *Général board of commissioners in Lunacy* qui a la surveillance de tous les malades placés dans les établissements ou dans les familles. Le *District Lunacy board* ne s'occupe que de l'administration des asiles du district dont les dépenses sont à la charge des contribuables du district et soldées par le Conseil de Paroisse. L'examen de droit aux secours publics d'un indigent sain ou aliéné appartient au *Local Government board*. La manière dont il doit être assisté, si l'assisté est aliéné est fixé par le *Général board of Lunacy*. Si le malade est envoyé dans un asile, il est placé sous l'administration du *District board of Lunacy*, sous le contrôle du *Général board*. Avant d'être envoyé dans un asile et après sa sortie, s'il est encore aliéné, et, par exemple, s'il est envoyé dans un placement familial, il est sous l'administration du Conseil de paroisse et le contrôle du *Général board of Lunacy*.

Un aliéné indigent peut entrer dans un *private dwelling* de deux manières. La première, c'est lorsque les autorités paroissiales trouvent inutile

de l'envoyer dans un asile, et la seconde c'est lorsque après avoir été interné quelque temps dans un asile, on le considère assez rétabli pour ne pas y rester plus longtemps.

Dans le premier cas, l'Inspecteur des pauvres fait au *Général Board of Lunacy* un rapport détaillé, auquel sont joints deux certificats de médecin indiquant la manière dont le malade doit être traité et que l'envoi dans un *private dwelling* lui est avantageux. Si le rapport et les certificats sont considérés suffisants par le *Général Board of Lunacy*, l'arrangement est sanctionné.

Chacun de ces malades ainsi placés, est examiné deux fois par an par le *commissionner* médecin du *Général Board of Lunacy*, dont le service spécial consiste à visiter les aliénés dans les établissements particuliers.

Ils doivent aussi recevoir, en cas de nécessité, des soins d'un médecin de la localité qui fait les visites annuelles et deux visites par an de l'inspecteur des pauvres. A chacune de ces visites, ces derniers inscrivent, sur le carnet du nourricier leurs observations concernant la façon dont le malade est soigné et la manière dont le nourricier remplit ses devoirs.

Ce carnet est montré au *commissionner* en tournée, lequel fait un rapport séparé sur chaque malade qu'il envoie au *Général board of Lunacy*. Les *commissionners* sont au nombre de deux et font généralement une visite par an et plusieurs dans certains cas.

Les rapports des *commissionners* traitent de tous les détails et notamment de l'état mental et physique du malade, si l'assistance du *private dwelling* lui convient, de la façon dont il est nourri, habillé, du caractère du nourricier et comment ce dernier remplit ses devoirs. Il s'informe si la somme allouée par le Conseil de paroisse est suffisante.

Après avoir reçu le rapport du *commissionner* sur un de ces cas, le *Général board of Lunacy* décide s'il doit faire droit aux réclamations présentées pour améliorer le sort de ce malade, en demandant un changement dans le traitement, une augmentation de confortable, le changement de résidence et de nourricier. Quand le transfert dans un asile est demandé, il est ordonné par le *Général board*. Il est rare de rencontrer une difficulté pour obtenir ce que le *Général board of Lunacy* exige ; il suffit généralement, pour cela, d'une lettre adressé à l'inspecteur des pauvres. Parmi les moyens d'action que le *Général board* a sur les conseils de paroisse, il faut indiquer la faculté qu'il a de retenir le versement de la contribution de l'état (égale à la moitié de la dépense de l'indigent). Cet argent n'est pas donné au Conseil de paroisse, si, d'après le *Général board of Lunacy*, le malade n'est pas convenablement traité.

Suivant les différents auteurs qui ont étudié le système écossais, d'après les rapports des Ecossais aux congrès d'assistance, ce mode d'assistance familiale caractérisé par la grande dissémination des

placements sans surveillance spécialisée, donne entière satisfaction.

Vingt pour cent des aliénés en Ecosse sont assistés dans les *private dwellings* sous le contrôle du *Général board of Lunacy* ou Conseil des Inspecteurs Gouvernementaux des aliénés.

Pour terminer, nous indiquerons comment est constitué ce *Général board*. Il est formé par un président et deux commissaires légaux qui ne sont pas payés, deux commissaires médecins inspecteurs payés. En plus, il y a deux médecins vice-commissaires qui ne sont pas membres du *Général Board*, et dont la mission spéciale est de visiter les aliénés dans les habitations privées qui leur sont assignées, afin de rapporter au *Général Board* leurs conditions.

Autres pays

En ANGLETERRE, le placement familial des aliénés a été âprement combattu par les profanes et par les professionnels et en général est très peu développé. Il faut signaler cependant que dès avant 1893, au voisinage d'un certain nombre d'asiles fermés, il existait des colonies où les malades étaient soignés dans des familles de cultivateurs dont ils partageaient le régime et les travaux.

De même qu'en Ecosse, les aliénés traités dans des maisons particulières sont soumis à l'inspection des *commissionners in Lunacy*.

*
* *

En ALLEMAGNE, l'assistance familiale proprement dite a été pratiquée pour la première fois à la fin du XVIII^e siècle, à *Ellen*, aux environs de l'asile privé de *Rockwinkel*, près Brême, par le D^r Engelken, directeur de cet établissement. Le choix des malades était fait à l'asile où ils devaient être observés au moins 15 jours. On les y réintérait s'il y avait lieu.

L'inspection des malades ainsi placés était assurée par la commission administrative tous les trois mois.

En 1878, le D^r Wahrendorff fonde une colonie autour de l'asile privé de *Ilten* (*Hanovre*).

En 1885 des essais de colonisation sont faits par l'asile de *Dalldorf* à Berlin.

En 1886, l'asile de *Bunzlau* (*Silésie*) place un certain nombre de malades chez des nourriciers du village de *Looswitz*.

En 1890, des essais analogues sont tentés dans la Prusse orientale autour des asiles de *Kortau* et d'*Allenbergh*. Le placement familial ne dépasse pas les environs immédiats de l'asile auquel le malade reste attaché.

L'Allemagne a apporté à l'assistance familiale une conception nouvelle en plaçant des malades dans des ménages d'infirmiers. La colonie de *Wilhelmseich* est un village tout artificiel. Des cottages adossés deux à deux, au nombre de 14, logent

chacun un ménage d'infirmiers éprouvés, chargés d'un groupe de 6 malades chroniques, en moyenne. La culture maraîchère et les menus soins courants constituent l'occupation de cette population.

Plusieurs autres établissements désignés aussi sous le nom de colonie, constituent les asiles colonies et les colonies agricoles. Il nous faut en dire un mot à cause de leur grand développement et de la place considérable qui leur a été donnée dans l'assistance des aliénés dans ce pays.

En 1876, le système de l'*open-door* et de la colonisation des aliénés reçurent grâce à Koeppé et surtout à Paetz le développement qu'ils méritaient. L'établissement d'*Alt-Scherbitz*, perfectionné par Paetz qui appliqua rigoureusement l'*Offen-Thür-System*, représente l'asile colonie type.

La caractéristique de ce système est l'union intime d'un petit établissement central et d'une grande colonie libre. Dans la partie réservée à la colonie, les malades vont et viennent quand bon il leur semble, en dehors des heures de travail.

Cette vaste colonie libre renferme dans ses villas ouvertes près des deux tiers de la population totale de l'établissement. On y a adjoint un hôpital pourvu d'une série de pavillons distincts pour le traitement des malades atteints de psychoses aiguës, pour l'isolement et la surveillance de ceux auxquels leur état mental ne permet pas la vie en liberté.

Les villas de la colonie sont de véritables cottages disséminés dans un parc.

A *Nietleben*, à *Galkhausen*, à *Langenhorn*, des asiles colonies furent créés sur le modèle d'*Alt-Scherlitz*. La colonie de *Langenhorn* est située à une heure de l'asile de *Friedrichsberg* non loin de Hambourg. Ni murs, ni barrières, l'*open-door* est systématiquement pratiqué : on laisse aux malades complète liberté d'allure. Ils ont le droit de se promener à leur guise, voire même d'aller jusqu'à la ville voisine.

Deux asiles colonies sont spécialement réservés aux épileptiques : l'établissement berlinois d'épileptiques de *Wuhlgarten* près *Biesdorf* et l'asile colonie de *Hochweitzschen* en Saxe.

Enfin en Westphalie, la colonie de *Bielefeld* est une véritable ville dont la population dépasse 3.000 âmes et qui possède plus de 150 maisons réparties sur un vaste territoire de 150 hectares environ. Cette grande agglomération comprend en particulier une colonie d'épileptiques avec ses 1.500 malades, une colonie d'idiots, des hospices d'enfants infirmes, des établissements d'aliénés, des colonies de vagabonds, de buveurs, des hôpitaux pour maladies contagieuses, etc...

Les colonies agricoles se rapprochent beaucoup des fermes asiles c'est-à-dire du système qu'avaient mis en application les Frères Labitte à Clermont.

En 1859 l'asile privé de *Christophbad*, à *Goepingen* (*Wurtemberg*) fonde le premier une colonie agricole d'aliénés à *Freihof*. A partir de 1868, sous l'impulsion de Griesinger, de nombreux asiles sui-

virent le mouvement et créèrent des colonies agricoles. Femmes et hommes sont placés en des colonies distinctes et sont employés à des travaux agricoles.

Aux ETATS-UNIS d'Amérique le placement familial des aliénés a été introduit en août 1885, à la suite d'un rapport favorable du Dr STEDMAN (1884). De nombreux malades du *Massachussets* sont assistés dans des maisons privées (Système écossais). Ils sont placés soit par l'Etat, soit par la ville, soit par des particuliers. Les prix de pension sont réglés suivant la bonne volonté et les aptitudes des malades à assister les familles dans leurs travaux.

En ITALIE, l'assistance familiale est pratiquée autour de l'asile ; là encore on ne trouve pas de colonie analogue à celles de Dun-sur-Auron ou de Gheel. Ce mode d'assistance a été commencé en 1898 autour de l'établissement de *Reggio-Emilia*. Le petit nombre de malades qui en bénéficient sont confiés aux familles d'infirmiers ou d'anciens infirmiers qui habitent auprès de l'asile. Il en est de même autour des asiles de *Siena* et d'*Arezzo*.

L'asile de *Lucca* a inauguré l'assistance hétéro-familiale à la fin de 1899. La surveillance médicale est assurée par les médecins de l'asile qui vont visiter régulièrement les malades dans leurs placements.

Les nourriciers sont de préférence les infirmiers et leur famille. Lorsque, dit le Professeur Cristiani, je dois confier un aliéné à des personnes qui n'ont

eu auparavant aucun rapport avec l'asile, j'envoie plusieurs jours l'aliéné avec son infirmier passer des heures et même des journées dans la nouvelle famille, de façon que les membres de la famille commencent à comprendre ce que c'est qu'un aliéné, en voyant comment agit avec lui le garde-malade ; d'un autre côté on observe comment le malade s'accoutume à la nouvelle famille. Selon Cristiani il ne convient pas de confier deux malades à chaque nourricier, car bientôt surgissent entre les deux des discussions dues à des préférences imaginaires de l'infirmier pour l'un ou l'autre. Un seul malade doit être placé dans chaque famille.

A propos de l'organisation actuelle de l'Assistance familiale en Italie, nous devons à l'obligeance du Docteur Carlo Berlucchi de Pavie, les renseignements intéressants suivants :

L'assistance familiale, qu'il s'agisse de l'assistance dans la famille de l'aliéné ou dans une famille étrangère, ne se pratique pas beaucoup en Italie, et on peut dire que dans ce pays, il n'existe pas de colonies dans ce but. Par ailleurs l'assistance familiale est visée dans la loi sur les asiles, et même, est pratiquée dans une certaine mesure. L'article 14 du règlement, précise les démarches que doit faire celui qui désire assister des aliénés étrangers à sa propre famille ainsi que les conditions d'hygiène dans lesquelles doivent se trouver les assistés, les travaux qu'ils sont susceptibles de faire, les soins qu'il faut leur donner.

L'article 13, prévoit que le nombre des aliénés

dans une famille étrangère, ne doit pas être supérieur à deux. En cas de rechute impliquant l'obligation de retourner à l'asile, le malade peut être admis de nouveau par le Directeur sans autres formalités, et à la seule condition, d'aviser le Parquet et la Sûreté.

Les administrations provinciales — dont en Italie les asiles dépendent toujours — peuvent allouer aux assistants une certaine somme qui est toujours inférieure à celle qui est perçue par l'asile.

Tout ce qui vient d'être dit, concerne l'assistance dans une famille étrangère, pratique qui reçoit une certaine application dans le cas de mésentente ou d'incompatibilité d'humeur entre l'aliéné et sa famille.

Enfin, une habitude qui n'est pas visée spécialement par le code, mais qui est assez fréquente, est celle qui consiste à confier à des ouvriers, à des familles, et mêmes à des ateliers, les aliénés, pour une ou plusieurs journées de travail à effectuer. Le malade est rétribué directement par son employeur pour les besognes qu'il a faites.

Dans les PAYS-BAS à l'époque du Congrès de Milan 1907, l'assistance familiale était très peu développée. En vue de la création de colonies familiales des projets de loi et règlement général très complets étaient à l'étude. Il ne nous a pas été possible d'obtenir des renseignements sur l'état actuel de la question.

En RUSSIE avant la révolution soviétique, quatorze pour cent des aliénés étaient placés dans les familles. D'après de nombreux auteurs, ce mode d'assistance était appelé à connaître une grande prospérité. En 1913, le Dr Stoupine écrivait dans sa thèse : « La pauvreté et la tolérance du paysan russe, ne sont pas les seules causes du développement du patronage en Russie ; mais il y a d'autres causes parmi lesquelles le facteur moral ne joue pas le dernier rôle (bonté, attachement, habitudes etc.). Les qualités du peuple russe sont le gage du succès du patronage dans l'avenir. »

Les premiers placements furent établis en Russie en 1888 à *Riga*, puis en 1893 à *Ekatérinoslav*, en 1898 à *Nijni-Novgorod*, en 1899 à *Voroniej*. Les patronages de *Moscou* fonctionnèrent à partir de 1900. Tous les autres ont été fondés plus tard.

La colonie familiale de l'asile de *Moscou*, était située à environ deux kilomètres de l'asile, à *Semenovskoïé*. Elle fut fondée par le Dr Bagenoff, ancien interne de l'asile Sainte-Anne à Paris. Chaque nourricier avait en général deux pensionnaires, quelquefois trois. Les colons étaient choisis à l'exclusion des gâteux, parmi les aliénés chroniques tranquilles des deux sexes. Il se trouvait même des malades à peu près guéris, mais qui étaient sans famille ou dont les parents ne pouvaient s'occuper.

Un surveillant habitait le village, et en cas de besoin allait chercher le médecin, à l'asile. Celui-ci venait d'ailleurs une fois par semaine visiter les colons.

En plus de ces placements aux environs de Moscou, il y avait dans la ville même, un patronage urbain, où étaient placés plus de 400 malades.

A *Ekaterinoslav*, l'asile n'était qu'une dépendance de l'hôpital général. Ce fut aux vieillards de l'hospice général qu'on commença à appliquer le traitement familial et ce ne fut que par extension de ce procédé, que l'on conçut la colonisation familiale des aliénés.

Les nourriciers venaient choisir leurs pensionnaires à l'asile. Les choses se passaient ordinairement de la manière suivante. Les dimanches dans une cour de quartier des aliénés, de grand matin, il y avait foule : les paysannes dominaient car les maris étaient à la foire. Les nourriciers demandaient principalement des vieux et des vieilles ; ces derniers leur inspiraient plus de confiance, et le prix de pension en était plus élevé, vu leur inaptitude au travail. Chaque nourricier présentait un papier signé par le surveillant du patronage et un aide-médecin, avec détails sur la famille du nourricier, nombre des membres de la famille, fortune, profession, moralité, dimension de la maison etc...

Les malades désignés pour le patronage étaient aussi dans la cour, ils faisaient connaissance avec les nourriciers et pouvaient s'arranger avec eux. Des surveillants donnaient des détails sur les habitudes et les manières des malades. L'accord fait, le nourricier recevait un bon, signé du médecin du quartier, portait ce bon au bureau de l'Hôpital,

où après les formalités accomplies on lui remettait un livret à l'aide duquel s'effectueraient les paiements.

D'une façon générale, les pensionnaires au début de leur placement ne faisaient rien. Peu à peu, ils s'habituèrent aux travaux des champs, du ménage, etc., d'autres cherchaient du travail dans le pays, ou encore dans les ateliers.

Chaque colonie était munie d'une infirmerie. Les médecins n'habitaient les patronages qu'à *Nijni-Novgorod* et *Ekatérinoslav*. Partout il y avait des surveillants et des gardiens pour les infirmeries. Surveillants et gardiens visitaient les malades deux fois par semaine, sauf urgence.

Toute cette étude n'est valable que pour jusqu'en 1917. Depuis, avec les remaniements profonds qu'a subi l'organisation sociale de la Russie, nous ne savons ce qu'est devenue cette vaste organisation.

D'après les quelques indications que nous avons pu recueillir il semble qu'actuellement en *U.R.S.S.*, des efforts considérables soient faits dans le sens de la prophylaxie mentale.

*
* *

Comme institution privée, l'assistance familiale des aliénés existait en SUÈDE depuis longtemps. Un pasteur nommé Ponten avait formé dans sa paroisse une petite colonie familiale, à *Korsberga*. Dans une petite ville, nommée *Vadstena*, au voisinage d'un

grand asile, on pratiquait également l'assistance familiale, mais elle ne fut organisée par l'état qu'en 1901.

Un inspecteur de l'Etat pour l'assistance aux aliénés, proposa au Conseil de Santé de profiter de l'habitude de soigner les aliénés qu'avait la population de *Korsberga* et de *Vadstena* pour organiser en ces endroits une assistance familiale contrôlée par l'Etat. Le Conseil de Santé accepta d'organiser à *Korsberga* une assistance familiale des aliénés. Les malades qui y seraient placés continueraient d'appartenir à l'asile de *Vexio* situé à environ 60 km. Une infirmerie de 6 lits fut construite.

La direction de la colonie était assumée par le médecin-directeur de l'asile de *Vexio*. Le Médecin-Chef de l'asile était chargé de visiter les pensionnaires placés chez les nourriciers, au moins une fois par mois et plus souvent s'il le fallait.

Le nombre de malades par placement était fixé à trois.

Au fur et à mesure que s'organisait l'assistance familiale, on prit l'habitude de transférer des malades des divers asiles du pays à l'asile de *Vexio* et après un certain temps d'observation ces malades étaient envoyés à *Korsberga*.

A côté de cette assistance familiale type Gheel, il existe une autre forme, à la petite colonie de l'asile de *Kristine-Hauen*, dont on trouve le modèle en Allemagne et en Italie. Des infirmiers mariés habitant près de l'établissement, reçoivent des malades

qui peuvent avantageusement être traités chez un nourricier. Il en est de même près des asiles de *Pitea*, de *Upsala*, et de *Süter* et de divers autres établissements d'aliénés du pays.

Les malades ainsi assistés sont pour la plupart des chroniques dont un grand nombre de déments précoces.

En SUISSE, le placement des malades dans des familles étrangères revêt un caractère assez spécial. A cause de l'importance donnée ici au patronage des aliénés, il nous faut en dire un mot. Chaque asile est pourvu d'une société de patronage dont le rôle est de :

1^o Venir en aide aux aliénés sortis guéris ou améliorés des asiles en leur procurant du travail, en leur donnant des secours, des soins médicaux gratuits, faciliter l'internement des sujets atteints de maladie mentale en temps opportun, dès le début de l'affection.

2^o Faciliter aux personnes peu fortunées, mais non reconnues indigentes, le paiement des frais de séjour.

3^o Répandre des idées exactes sur la nature des maladies mentales sur les mesures qu'elles exigent, détruire les préjugés populaires par des écrits, des conférences.

4^o Développer l'assistance des aliénés dans son acception la plus large. Les membres de la société versent une cotisation annuelle.

Ce sont les patronages qui sont chargés de recruter des nourriciers et de leur confier des aliénés chroniques tranquilles ou convalescents. Le patronage se charge de la surveillance des pensionnaires et les fait visiter de temps en temps par un médecin-spécialiste.

Les premiers essais de placement familial ainsi organisé furent fait en 1901 par la Société de patronage des aliénés du canton de *Vaud*.

★
★ ★

Enfin, pour en terminer avec cette étude sur l'organisation de l'assistance familiale dans divers pays étrangers, nous citerons l'URUGUAY qui tout récemment créa une colonie familiale, où en janvier 1930, 328 aliénés étaient assistés.

CONCLUSIONS

1^o Gheel est la première colonie familiale connue dans le monde. Il faut remonter vers la fin du vi^e siècle pour retrouver son origine dans une légende religieuse. (Martyr de Sainte-Dymphne).

En France, en 1890 le Conseil Général de la Seine proposait un essai d'assistance familiale aux aliénés. La colonie de Dun-sur-Auron (pensionnaires femmes) fut créée en 1892, celle d'Ainay-le Château (pensionnaires hommes) en 1900.

2^o En mai 1932, la population globale de la colonie familiale de Dun-sur-Auron était de : 1213 femmes ; en juin 1932 celle d'Ainay-le-Château s'élevait à 423 hommes ;

3^o La loi du 30 juin 1838 ne prévoit pas le placement des aliénés en colonie familiale. Toutefois, en vertu d'une décision ministérielle du 28 février 1896, les colonies familiales ont été assimilées à des asiles publics. La reconnaissance légale prochaine de ces institutions paraît nécessaire. D'ailleurs, depuis 1892, les projets successifs de révision de la loi du 30 juin 1838, et particulièrement le dernier projet Strauss, comportent tous un texte reconnaissant l'existence légale des colonies familiales.

4° Le recrutement des pensionnaires présente de nombreuses difficultés. La collaboration du médecin traitant et d'un médecin de la colonie familiale est indispensable pour assurer une sélection judicieuse.

5° Le médecin, après avoir examiné individuellement les malades au point de vue de leur aptitude à bénéficier de ce régime spécial, sera surtout guidé dans son choix par leur degré de sociabilité.

Actuellement, les pensionnaires appartiennent surtout au vaste groupe des chroniques calmes et inoffensifs, souvent affaiblis intellectuellement mais conservant encore un jugement suffisant pour apprécier le retour à la liberté et ne pas en abuser.

6° Le placement familial présente des inconvénients et des avantages.

Les inconvénients peuvent être divisés en deux catégories :

a) Inconvénients pour les malades : suicides, évasions, fugues, grossesse, exploitation de leur travail, ivresse, nourriture insuffisante, absence de contrôle de la correspondance, rareté des visites de leur famille.

b) Inconvénients pour la population : réactions homicides, violences, attentats aux mœurs et à la pudeur, actes délictueux, vols, diffamations, extravagances, risques occasionnés par les maladies contagieuses, chômage amené par le travail des pensionnaires.

La plupart de ces inconvénients, en réalité,

n'existent pas. La réintégration en asile fermé des inadaptables, une surveillance constante, un choix sévère, en suppriment la plupart. Les réactions violentes, les évasions, les suicides sont peu fréquents. Quant aux grossesses, homicides, attentats aux mœurs et à la pudeur, ils ne sont pour ainsi dire jamais constatés. La santé des malades ne souffre pas du régime familial, la mortalité est minime, la longévité est grande.

Les avantages sont de trois sortes :

a) Avantages pour les malades : Liberté, retour à la vie normale, recouvrement d'un foyer familial, bien-être consécutif à l'éloignement du milieu asilaire, réveil de l'affectivité, réadaptation progressive à la vie sociale, rééducation psychique, entraînement au travail, possibilité d'organiser leur existence à leur gré.

b) Avantages pour la population : amélioration de l'hygiène rurale (conseils médicaux, conférences aux nourriciers, création d'établissements de bains, prophylaxie des maladies contagieuses, etc.) développement de la vie économique du pays.

c) Avantages pour l'assistance départementale : économie budgétaire, désencombrement des asiles.

Ces avantages sont importants, les heureux résultats de la colonisation familiale le prouvent et montrent que ces institutions sont un complément indispensable de l'assistance aux aliénés. 1

7^o L'assistance familiale est actuellement réservée aux seuls aliénés de la Seine ; elle reste à organiser

pour ceux des autres départements (placement familial autour de l'asile).

On pourrait peut-être tenter de faire bénéficier de ce système d'autres catégories de malades :

- a) les convalescents,
- b) les enfants arriérés,
- c) les malades riches, payants.

8° A l'étranger l'assistance familiale aux aliénés est conçue différemment suivant les pays. Les organisations les plus importantes semblent dériver de 4 méthodes :

a) Méthode belge : les malades sont en général reçus directement sans passer par un asile fermé dans les colonies de Gheel (mars 1932, 2063 indigents et 77 pensionnaires) et de Lierneux (520 indigents et 43 pensionnaires).

b) Méthode écossaise : les malades sont répartis sur tout le territoire et ne forment nulle part des agglomérations pouvant être considérées comme de véritables colonies (20% des aliénés sont ainsi assistés).

c) Dans d'autres pays, en Allemagne par exemple, le placement familial, le plus souvent, ne dépasse pas les environs immédiats de l'asile auquel le malade reste attaché. On y rencontre également l'asile colonie : la caractéristique de ce système est l'union intime d'un établissement central et d'une colonie libre.

L'Allemagne a également apporté à l'assistance familiale une conception nouvelle en plaçant des malades dans des ménages d'infirmiers.

d) En Suisse, chaque asile est pourvu d'une société de patronage. Ces sociétés sont chargées de recruter les nourriciers, de leur confier des aliénés chroniques, tranquilles et convalescents, de les surveiller et d'organiser les visites médicales.

9^o Les résultats des méthodes appliquées soit en France, soit à l'Etranger, font du placement familial un excellent système d'assistance psychiatrique en dehors des asiles.

VU :

Le Président de la Thèse,

Henri CLAUDE.

VU :

Le Doyen.

BALTHAZARD,

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

PRINCIPALES ABRÉVIATIONS : AL. FR. = ALIÉNISTE FRANÇAIS ;
A. M. P. = ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES ; BUL. MUN. OF. =
BULLETIN MUNICIPAL OFFICIEL ; INF. = INFORMATEUR DES ALIÉ-
NISTES ET NEUROLOGISTES ; J. OF. = JOURNAL OFFICIEL ; R.
PH. = REVUE PHILANTROPIQUE ; R. PSY. = REVUE DE PSY-
CHIATRIE ; R. SC. = REVUE SCIENTIFIQUE ; TH. = THÈSE.

ABÉLY (Xavier et Paul). — Responsabilité civile des aliénés
en liberté. *Al. Fr.* mars 1930.

ABÉLY (Xavier et Paul). — Responsabilité civile des personnes
ayant la garde d'aliéné en liberté. *Al. Fr.*, avril 1930.

AMELINE. — Rapports au Préfet de la Seine sur le fonctionne-
ment de la colonie familiale d'Ainay-le-Château. Années 1914
à 1930.

AMELINE. — Résultats du traitement familial des aliénés
1900-1925.

ARTHAUD. — De la possibilité et de la convenance de faire
sortir certaines catégories d'aliénés des asiles spéciaux et de
les placer soit dans les exploitations agricoles, soit dans leur
propre famille. (*Mémoire lu au Congrès médical de Lyon*, 26 sep-
tembre 1864).

AUZOUY. — Des fermes asiles ou de la colonisation des aliénés.
A. M. P. 1864. Tome II, page 407.

BAILLARGER. — Discussion sur la colonisation des aliénés *A.*
M. P. 1862, oct. p. 683.

BATTY TUKE. — Lunatic as patients not prisoners (*Nine-
teenth century-April* 1889).

- BEATTIE SMITH. — The system of Caring for the insane in private dwellings (*The Australian Med.*, janv. 1881).
- BELLETRUD. — Le régime de la vie normale à l'hôpital des maladies mentales du Var. *R. psy.*, juin 1905.
- BIASCHKOFF. — Du recensement des aliénés dans le gouvernement de Saint-Petersbourg.
- BIFFI. — De la colonisation des aliénés.
- BILLOD. — De la dépense des aliénés assistés en France et de la colonisation comme moyen pour les départements de s'en exonérer en tout ou en partie, Paris 1861.
- BLOD. — Discussion sur la colonisation des aliénés. *A. M. P.*, 1862, oct., page 683.
- BLIN. — Rapport sur l'hospitalisation des débiles en Allemagne, en Autriche, en Danemark, en France et Norvège, Paris, Imprimerie Municipale, 1907.
- BONNET. — Rapports au Préfet de la Seine sur le fonctionnement de la colonie familiale d'Ainay-le-Château., Années 1905-1906-1907-1908.
- BONNET. — Accident à la colonie d'Ainay-le-Château. *R. Psy.*, juin 1905.
- BONNET. — Etat actuel de l'assistance familiale des aliénés en France. Congrès des aliénistes. Rennes, 1905.
- BOTHE. — Die familiäre Verpflegung Geisteskranken des Stadt Berlin zu Daldorf in den Jahren, 1885 bis 1893.
- BOTHE. — Die familiäre Verpflegung Geisteskranken, Springer, Berlin, 1893.
- BRANDS. — L'assistance des aliénés, 1892.
- BRIERRE DE BOISMONT. — Une visite à la colonie de Gheel en 1846. *A. M. P.*, 1852, oct. p. 520.
- BRIERRE DE BOISMONT. — Discussion à la Société Médico-Psychologique. *A. M. P.*, 1861, janv. p. 102.
- BRIERRE DE BOISMONT. — Recherches sur la colonisation appliquée au traitement des aliénés. *A. M. P.*, 1862, juil., p. 498. oct., p. 688.
- BROUSSAIS. — De l'irritation et de la folie. Baillière 1839.
- BROUSSE. — *Revue municipale*, décembre 1897.
- BULKENS. — Rapport sur l'établissement d'aliénés de Gheel. Bruxelles 1861. *Bul. Mun. Of.*, 3 juillet 1892, p. 1716.

- CABRED. — Le nouvel asile des portes ouvertes, colonie nationale d'aliénés. Discours prononcé à l'occasion de la pose de la pierre fondamentale. Lujan, province de Buenos-Aires, 21 mai 1899.
- CELLES. — L'assistance familiale pour les aliénés en France et le système de la porte ouverte (open door). Imprimerie Bodin, 1905.
- CHANÈS et F. VIÉ. — Les colonies familiales d'aliénés du département de la Seine, 1932.
- CHARPENTIER. — Sur le patronage des aliénés sortis guéris des asiles. *Bul. de la Société Internationale pour l'étude des questions d'assistance*.
- CHASLIN. — Eléments de sémiologie et clinique mentale. Paris, Asselin et Houzeau, 1912.
- CHAMBARD. — Du patronage des aliénés.
- CHRISTIAN. — Quelques réflexions sur le traitement des maladies mentales. *A. M. P.*, 1905.
- Circulaire du 10 novembre 1906, *Inf.* 1906, p. 250.
- CLAISTON. — Clinical lectures on mental diseases. 1887.
- COLIN (Henri). — Les asiles d'aliénés à portes ouvertes. *A. M. P.*, 1897.
- CORBETT. — Ought private lunatic asylum to be abolished? *The Westminster Review*, oct., 1894.
- COSSA. — Des modifications à apporter à la législation française sur les aliénés, *Inf.* 1908 et 1909.
- CROCQ. — L'assistance familiale des aliénés en Belgique. *Bulletin de la Société de Médecine Mentale de Belgique*, avril 1907.
- CUNYNGHAM BROWN. — L'assistance familiale des aliénés. *The Journal of mental science*, juillet 1908.
- DALMAS. — Rapport au Préfet de la Seine sur la colonie de Dun-sur-Auron, Année 1919.
- DAUSSET. — Rapport présenté au nom de la 3^e Commission. *Bul. Mun. Of.*, 22 janvier 1919.
- DE CLERAMBAULT. — Régime des aliénés en Angleterre. *A. M. P.*, 1908.
- DE KRUDENER. — Le patronage familial en Russie et dans le gouvernement de Riazan. — *R. Psy.*, Juin, 1904.
- DE PONTECOULANT. — Rapport sur la situation du département de la Dyle. 1^{er} germinal, an XIII.

- DONNET. — Patronage ou assistance des aliénés indigents sortis guéris des asiles. *Congrès international d'assistance*, tome II.
- DUBIEF. — Rapport des Inspecteurs Généraux du Ministère de l'Intérieur sur l'assistance aux aliénés *J. Of.*, 21 juillet 1911.
- DUBIEF. — Proposition de loi relative au régime des aliénés. *Chambre des Députés*, Année 1898, n° 579.
- DUFOUR. — De l'encombrement des asiles. Delahaye.
- DUMESNIL E. — Compte rendu de la réunion des médecins anglais à Dublin. *A. M. P.*, 1862, janv. p. 88.
- DUMESNIL E. — Une visite médicale à la colonie de Gheel. *A. M. P.*, 1862, juillet p. 447.
- DUVAL. — Gheel, une colonie d'aliénés vivant en famille et en liberté, Paris, Hachette 1867.
- ESPINASSE. — L'assistance familiale des aliénés. *Th. Paris*, 1901.
- ESQUIROL. — Des maladies mentales, 1838. chap. XVIII p. 707.
- FABRE. — Le placement familial des aliénés en France. *Th. Lyon* 1920.
- FAIL Gabriel. — Essai sur un nouveau mode d'assistance familiale des psychopathes économique et humanitaire. *Th. Paris*, 1927.
- FALRET. — Les aliénés et asiles d'aliénés, des divers modes d'assistance applicables aux aliénés. 1865.
- FALRET. — Rapport du comité administratif au conseil général de l'œuvre du patronage et asile pour les aliénés indigents sortis convalescents des asiles publics du département de la Seine, 1890.
- FALRET. — Rapport au nom de la commission de Gheel. *A. M. P.*, 1862, janvier, p. 138.
- FÉRÉ. — Le patronage familial des aliénés. *R. sc.*, 5 novembre 1887.
- FÉRÉ. — L'assistance des aliénés dans les maisons privées en Ecosse. *R. sc.*, 1^{er} décembre 1888.
- FÉRÉ. — Le patronage familial des aliénés et le patronage des aliénés guéris. *R. sc.*, 1890.
- FÉRÉ. — Les aliénés en Irlande. *R. sc.*, 1891.
- FÉRÉ. — Le traitement des aliénés dans les familles. Paris, Alcan, 1893.

- FÉRÉ. — Les aliénés hors des asiles. *Revue des Revues*, 1^{er} février 1895.
- FÉRÉ. — Le patronage familial en France. *R. sc.*, 1894, 2^e série, tome II.
- FERRUS. — *A. M. P.*, 1861, p. 108-112.
- FLEUROT. — Rapport au Conseil Général de la Seine sur le fonctionnement et le projet de budget de la colonie familiale de Lurcy-Lévy, décembre 1913.
- FLEUROT. — Rapport au Conseil Général de la Seine, *Bul. Mun. Of.*, 20 janvier 1913.
- FOVILLE. — La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse, 1885.
- GARMENDRIA. — L'assistance familiale aux aliénés en Uruguay ; six mois d'expérience de la méthode. *Revista de Psiquiatria del Uruguay*. Montévideo n^o 7, janvier 1930.
- HAZÉ. — Notice historique sur les antiquités et les monuments du Berry, 1834.
- JACQUIN. — Assistance et traitement des enfants arriérés. *R. ph.*, 1905.
- JACQUD. — Dictionnaire. Article asiles. tome III. p. 523.
- JONES. — Nécessité de venir en aide aux aliénés convalescents *The journal of mental science*, juillet 1909.
- KACHENKO. — Rapport sur la colonie de Dun-sur-Auron. *R. de Psy.*, 1898.
- KERAVAL. — Les aliénés hors des asiles publics et privés, colonies d'aliénés, système familial. *Congrès international d'assistance*.
- KONRAD. — Weiterentwicklung des familiaeren Verpflegung des Kranksinngen in Deustchland, seit. 1902.
- KONRAD. — L'institution de l'assistance familiale en Hongrie. *Congrès de Milan*, 1907-1908.
- LABITTE. — De la colonie de Fitz-James, succursale de l'asile d'aliénés de Clermont, au point de vue de son organisation administrative et médicale. Paris. 1861.
- LABITTE. — Du travail chez les aliénés. *Th., Paris*, 1847.
- LADAME et DEMAY. — La thérapeutique des maladies mentales par le travail. *Congrès des aliénistes*. Lausanne, 1926.
- LAGUÉRENNE (Henry de) Ainay-le-Château en Bourbonnais.

- LAGRIFFE. — Quelques considérations sur l'assistance des aliénés et sur le projet de réforme de la loi de 1838. *A. M. P.*, mars-avril 1911.
- LIVINOW. — Rapport sur l'état de la colonie des aliénés dans le bourg de Bourachev, du 1^{er} décembre 1891 au 1^{er} novembre 1892. En langue russe, analyse par le Dr. Lwoff. *A. M. P.*, année 1893. T. I.
- LWOFF. — Rapports au Préfet de la Seine sur le fonctionnement de la colonie d'Ainay-le-Château. Années 1900-1901-1902-1903.
- LWOFF. — De l'assistance des aliénés en Belgique. Rapport au nom de la 3^e commission.
- LWOFF et SERIEUX. — Organisation de l'assistance des aliénés au Maroc. *A. M. P.*, juin 1913.
- MAHÉ. — Assistance familiale aux aliénés convalescents (*Congrès international d'assistance familiale*. Paris, 27-30 octobre 1901).
- MARIE (A.). — Rapports au Préfet de la Seine sur le fonctionnement de la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Années 1893 à 1899.
- MARIE (A.). — De l'assistance familiale aux aliénés du département de la Seine. (*Mémoire présenté au Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée.*)
- MARIE (A.). — Etat actuel de l'assistance familiale (*R. psy.*, novembre 1900).
- MARIE (A.). — Evolution générale de l'assistance des aliénés. (*Revista sperimentale di Freniatria*, Septembre 1903).
- MARIE (A.). — Discours prononcé à l'occasion du trentenaire de la colonie de Dun-sur-Auron (*Bul. Mun. Of.* 9 août 1922).
- MARIE (A.). — Infirmeries des colonies familiales de la Seine (*R. psy.*, avril 1904).
- MARIE (A.). — Rapport au Conseil Général de la Seine sur la colonisation familiale 1899.
- MARIE (A.). — Documents relatifs à la colonie de Dun-sur-Auron. Rapport annexe n° 4 1899.
- MARIE (A.). — La colonie d'aliénés de Lierneux (*R. Psy.* 1900).
- MARIE (A.). — A propos de St^e Dymphne. *France médicale* 1903.
- MARIE (A.). — De l'assistance des aliénés chroniques par la colonisation (*Congrès des aliénistes*. Toulouse, août 1897).

- MARIE (A.). — De l'assistance familiale aux vieillards L'assistance publique, 30 juin 1901).
- MARIE (A.). — Les infirmeries des colonies familiales de la Seine. L'assistance familiale, mars 1906.
- MARIE (A.). — Le travail dans le traitement des aliénés. L'assistance familiale octobre-novembre 1906.
- MARIE (A.) et BONNET. — Evolution suivie en France par le développement de l'assistance familiale.
- MARIE (A.) et MANNHEIMER GOMMES. — Assistance familiale urbaine pour les aliénés inoffensifs (*Congrès international d'assistance familiale*, Paris, 27-31 octobre 1901).
- MARIE (A.), RODIET et FLEUROT. — La colonie familiale de Dun-sur-Auron. (*Communication faite au Ve Congrès international de l'assistance des aliénés*. Moscou 8-11, janvier 1914).
- MARIE (A.) et VIGOUROUX. — Quelques réflexions sur l'assistance familiale. *R. psy.* octobre 1898).
- MARIE (A.) et VIGOUROUX. — Quels malades faut-il placer dans les familles ? (*R. psy.*, 1900).
- MARIE (A.) et VIGOUROUX. — Considérations sur la colonisation en France et à l'étranger. Rapport aux IX^e Congrès des aliénistes et neurologistes.
- M^{me} MARIE. — Du patronage des aliénés convalescents de la Seine. (*Congrès d'assistance de Bordeaux*, 1903).
- MAGNAN. — (*Congrès d'assistance de 1899*). Tome II, p. 363.
- MARANDON DE MONTYEL-BOURNEVILLE. — Société médico-psychologique, Paris, 31 mai 1897.
- MARANDON DE MONTYEL. — La thérapeutique de l'alcoolisme par l'internement prolongé des buveurs. (*R. de Med.*, 1897).
- MARANDON DE MONTYEL. — Maintien des alcooliques (*R. Psy.* 1902).
- MARANDON DE MONTYEL. — Assistance familiale des buveurs, (*R. Psy.* 1907)
- MASSELOU. — La mélancolie. Alcan 1906.
- MAUGER et MARIE. — A propos du trentenaire de la colonisation familiale de la Seine de Dun-sur-Auron.
- MAUPATÉ. — Quels sont les aliénés que la loi prescrit ou permet d'interner ? *Inf.* 1907.
- MEDECI. — L'assistance familiale des aliénés. (*Th. Paris*, 1902).

- MOREAU DE TOURS. — Lettres médicales sur la colonie d'aliénés de Gheel. *A. M. P.*, 1845 janvier, p. 89. mars p. 264).
- MOREAU DE TOURS. — A propos d'un rapport du Dr Parigot sur « observation sur le régime des aliénés en Belgique » :
(*A. M. P.*, 1860 janvier, p. 162).
(*A. M. P.* 1861 janvier, p. 110).
(*A. M. P.* 1862 octobre, p. 655 p. 687).
- MOREL. — La réforme des asiles d'aliénés. L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Suisse et en Belgique Gand 1905 (*A. M. P.* Tome II, p. 599).
- MUNDY. — Gheel et ses adversaires. Extrait du Journal publié par la Société des sciences médicales et naturelles. Buxelles, 1860.
- MUNDY. — Sur les divers modes de l'assistance publique appliquée aux aliénés. Paris, 1865.
- MUNDY. — Discours sur le traitement familial des aliénés. (*Congrès médical de Lyon*, 1865).
- NAVARIE. — Bulletin Municipal Officiel, 25 décembre 1908.
- NÉRANDER. — Note sur le progrès de l'assistance familiale des aliénés en Suède depuis 1902 (*Congrès de Milan* 1907-1908).
- OLUF KINBERG. — Sur le développement de l'assistance familiale organisée en Suède (*Congrès de Milan*, 1907-1908).
- UDART. — Des colonies d'aliénés. Gand 1864.
- PAETZ. — Die Kolonisierung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen. Thur System. Springer Berlin, 1893.
- PAIN. — Sur les divers modes d'assistance publique appliquée aux aliénés. (*An. d'hygiène*, 2^e série, 1865).
- PARANT. — De la séquestration des aliénés dans leur famille (*A. M. P.*, 1884, tome XI).
- PARCGAPPE. — Discours prononcé à l'inauguration de la statue d'Esquirol (*A. M. P.*, 1863, janvier p. 71).
- PASCAL. — La démence précoce. Alcan 1911.
- PASTUREL. — Rapports au Préfet de la Seine sur le fonctionnement de la colonie de Dun-sur-Auron, années 1920 à 1931.
- PASTUREL. — Trente ans d'assistance familiale d'aliénés en France Dun-sur-Auron. Saint-Amand. Imp. Bussière 1922.
- PECHARMAN. — Rapport au préfet de la Seine sur le fonctionnement de la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Année 1900.

- PETERS. — La sécurité des aliénés et de leur entourage dans la colonie de Gheel. Paris 27-31 octobre 1903.
- PETERS. — Lettres médicale sur Gheel et le patronage familiale. Bruxelles, 1883.
- PETERS. — La situation actuelle du patronage familial (*Société de médecine mentale de Belgique*, 1888).
- PETERS. — Le démente dans l'assistance familiale *Inf.* 1908.
- POCHON. — Rapports au Préfet de la Seine sur le fonctionnement de la colonie familiale d'Ainay-le-Château. Années 1909-1910-1911-1912-1913.
- Première délibération sur le projet de loi portant modification de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Sénat, Séances 20 novembre 1930, 3 mars 1931. A. fr. février à juillet 1931.
- RAYNAL. — Histoire du Berry, Bourges, Vermeil 1845.
- RAYNIER et BEAUDOUIN. — L'aliéné et les asiles d'aliénés. Paris, Le François, 1930.
- REGIS. — Traité de psychiatrie.
- REY. — Communication au Congrès de Toulouse, à l'occasion de la discussion du 3 août sur l'organisation médicale des asiles d'aliénés. (*Compte-rendu*, 1898, p. 488).
- RIU. — Rapport sur les colonies d'aliénés. (*Congrès des médecins aliénistes de France*, 1892).
- RODIET (A.). — Rapports au Préfet du département de la Seine sur le fonctionnement de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, Années 1909-à 1918.
- RODIET (A.). — Le placement familial des aliénés inoffensifs (*R. Ph.* 15 février 1910).
- RODIET (A.). — Histoire de l'assistance familiale aux aliénés inoffensifs dans les pays d'Europe. (*R. Médicale de Normandie*, 25 juin 1910).
- RODIET (A.). — Du choix des aliénés aptes à vivre en colonie familiale. (*Inf.* août-septembre-octobre 1910).
- RODIET (A.). — L'organisation actuelle des colonies familiales d'aliénés en France (*Journal de neurologie*, 20 septembre et 10 octobre 1910).
- RODIET (A.). — Le désencombrement des hôpitaux de Paris (*R. ph.*, 15 novembre 1910).

- RODIET (A.). — L'organisation actuelle et l'extension future de l'assistance familiale aux aliénés en France. Concours du prix Baillarger, mention très honorable, 13 décembre 1910.
- RODIET (A.). — Le placement familial des aliénés, ses avantages. (*Revue médicale de Normandie*, 10 mai 1911).
- RODIET (A.). — De l'extension et de la colonisation familiale des aliénés. *Archives internationales de neurologie*, août 1911.
- RODIET (A.). — Un cas de mélancolie anxieuse, traitement dans une famille, guérison de l'accès (*Progrès médical*, 27 janvier 1912).
- RODIET (A.). — Quelques observations des différentes formes de la mélancolie, leur traitement en colonie familiale. *Archives médico-chirurgicales de province* juin-juillet-août-septembre 1912.
- RODIET (A.). — La vie d'une colonie familiale d'aliénés (*La Revue* 1^{er} septembre 1912).
- RODIET (A.). — Un cas de folie à deux traité par l'assistance hétéro-familiale (*Journal de Médecine de Paris*, 30 novembre 1912).
- RODIET (A.). — De la division des services à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (*Archives de neurologie*, mars 1913).
- RODIET (A.). — Des inconvénients, imperfections et dangers des colonies familiales d'aliénés. *A. M. P.* avril-mai-juin-juillet-août-septembre 1913).
- RODIET et DALMAS. — Les déments précoces et le placement familial. *Archives médico-chirurgicales de province*, mai 1914.
- RODIET et FOUQUE. — Les persécutés en colonie familiale (*Revue médicale de Normandie*. 10-25 juin 1914).
- RODIET, MARIE et FLEUROT. — La colonie familiale de Dun-sur-Auron, Moscou 8-11 janvier 1914.
- ROUSSEL (Théophile). — Projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Sénat. Année 1884 n° 157 (t. I).
- SÉRIEUX. — L'assistance des aliénés en France, en Allemagne en Italie, et en Suisse. Rapport au Conseil Général de la Seine. Imprimerie municipale. Paris 1903.
- STOUPINE. — Patronage familial aux villages des environs de Moscou et autres patronages familiaux pour les aliénés en Russie (*Th. Moscou* 1913).

- SIBBALD. — Administration des aliénés à Berlin et en Ecosse
placement des aliénés dans les maisons particulières. (*Journal
of mental science*, avril 1895).
- STRAUSS (Paul). — Rapport fait au nom de la commission chargée
d'examiner la proposition de loi relative au régime des aliénés.
Sénat, Année 1912, n° 324.
- STRAUSS (Paul). — Projet de loi portant modifications de la
loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Sénat, Année 1924, N° 8.
- STRAUSS (Paul). — Rapport fait au nom de la commission chargée
d'examiner le projet de loi portant modifications de la loi du
30 juin 1838 sur les aliénés. Sénat. Année 1928 N° 658.
- SWIETLOW. — Impressions psychiatriques de l'étranger.
Nowing Psychjatryczne 1931, Fasc. III-IV.
- THAUMAS DE LA THAUMASSIERE. — Histoire du Berry, Bourges,
Vermeil 1689.
- TOLLER. — Cottage system (*Journal of mental science*, 1864)
- TRUELLE. — Rapports au Préfet de la Seine sur le fonctionne-
ment de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, Années 1901-
1902-1903-1904-1907-1908. Années 1905 et 1906 en collabo-
ration avec Ameline et Capgras.
- TRUELLE. — Du placement des enfants dans les colonies fami-
liales. Archives de neurologie, juillet 1907.
- TOULOUSE. — Maintien des buveurs après la disparition des
troubles aigus (*R. Psy.*, 1902).
- TOULOUSE. — Doit-on interner les aliénés ? (*R. Psy.*, 1901).
- TOULOUSE. — Etat actuel de l'assistance familiale (*R. Psy.* 1902).
- TOULOUSE. — Traitement en dehors des asiles. (*R. Psy.* 1905).
- TOULOUSE. — Asile familial en Ecosse (*R. Psy.* 1906).
- TOULOUSE. — Assistance des aliénés à l'asile et en famille
(*R. Psy.* 1907).
- TOULOUSE. — Placement des aliénés au Brésil (*R. Psy.* 1907).
- TRENEL-TRUELLE-VIGOUROUX. — Rapport au Préfet de la Seine
1908.
- URQUHART. — Le régime des aliénés en Ecosse (*A. M. P.*
septembre-octobre 1910).
- VALLON et MARIE. — Les aliénés en Russie. Montévrain 1899.
- VAN DEVENTER. — Assistances des aliénés à domicile. Inf. 1910.

VIGOUROUX. — Le fonctionnement de la colonie de Dun-sur-Auron (*Presse médicale* 3 septembre 1898).

VIGOUROUX. — L'assistance aux débiles moraux (*R. Psy.* septembre 1906).

VIGOUROUX. — Note sur la colonisation familiale. Xe Congrès des aliénistes et neurologistes. Marseille 1899 (avec A. Marie).

VIGOUROUX et MARIE. — (voir Marie et Vigouroux).

ZIEM. — Quelques mots sur la colonisation familiale des aliénés (*Bulletin professionnel des infirmiers et gardes-malades*, 15 février 1916).

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

L'ASSISTANCE FAMILIALE AUX ALIÉNÉS EN FRANCE

CHAPITRE I. — Historique.....	11
CHAPITRE II. — Dun-sur-Auron.....	37
Choix du siège de la colonie, 40. — Débuts et développement, 45. — Organisation actuelle de la colonie. Son fonctionnement, 56.	
CHAPITRE III. — Amay-le-Château	94
Débuts et développement, 100. — Organisation actuelle de la colonie. Son fonctionnement, 110.	
CHAPITRE IV. — De quelques problèmes communs aux deux colonies.....	123
Recrutement des malades. Ses difficultés, 123. — Le régime légal des aliénés en France et les colonies familiales, 136. — Responsabilité et colonies familiales, 145.	

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE DU PLACEMENT FAMILIAL

CHAPITRE I. — Considérations générales sur le choix des malades aptes à bénéficier de l'assistance familiale	151
CHAPITRE II. — Malades inaptes à bénéficier de l'assistance familiale	159
CHAPITRE III. — Étude des affections mentales habituellement présentées par les malades aptes à vivre en placement familial.....	168

Déments séniles et vieillards mentalement
affaiblis, 170. — Paralytiques généraux,
174. — Idiots. Imbéciles. Débiles men-
taux, 177. — Les délirants. Les persécu-
tés, 180. — Les idées de suicide et la mé-
lancolie, 185. — Démence précoce, 191.

CHAPITRE IV. — Observations	194
Colonie de Dun-sur-Auron. Réintégrations et transferts en asile fermé, 194. — Sor- ties, 209. — Évasions, 214.	
Colonie d'Ainay-le-Château. Réintégra- tions et transferts en asile fermé, 215. Sorties, 219. — Évasions, 220.	

TROISIÈME PARTIE

RÉSULTATS DU TRAITEMENT FAMILIAL LES AVANTAGES. LES INCONVÉNIENTS

CHAPITRE I. — Les avantages du placement familial.....	225
Avantages pour les malades, 225. — Avantages pour la population, 232. — Avantages pour l'Administration, 237.	
CHAPITRE II. — Les inconvénients du placement familial.....	241
Inconvénients pour les malades, 242. — Inconvénients pour la population, 254. — Inconvénients pour l'Administration, 267.	

QUATRIÈME PARTIE

EXTENSION DE LA COLONIE FAMILIALE.....	271
--	-----

CINQUIÈME PARTIE

L'ASSISTANCE FAMILIALE AUX ALIÉNÉS DANS DIVERS PAYS ÉTRANGERS

Belgique, 289. — Ecosse, 294. — Angleterre, 300. — Allemagne, 301. — États-Unis, 304. — Italie, 304. — Pays-Bas, 306. — Russie, 307. — Suède, 309. — Suisse, 311. — Uruguay, 312.	
CONCLUSIONS	313
Bibliographie	319

